

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİL ÇİFTLERİN DEPRESYON DURUMLARI VE BAŞA ÇIKMA YOLLARININ İNCELENMESİ

HAZIRLAYAN
GÜLŞEN AK

108 301

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

108301

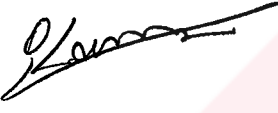
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. HÜLYA OKUMUŞ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR
2001

İnfertil Çiftlerin Depresyon Düzeyleri Ve Stres İle Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi isimli bu tez **01.06.2001** tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.


Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ
Jüri Başkanı


Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Jüri Üyesi


Doç.Dr.Besti ÜSTÜN
Jüri Üyesi


Yard.Doç.Dr.Samiye METE
Jüri Üyesi

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleşmesinde aşağıda adı geçen kişilere katkılarından dolayı içten ve sonsuz teşekkür ederim.

Çok değerli danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ, tez çalışmamı yürütmemde bilimsel katkılarıyla beni yönlendirmiş ve her aşamada danışmanlığını esirgememiştir.

Değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN, Akdeniz üniversitesi Bioistatistik Ana Bilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Osman SAKA ve Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğr. Gör. Uzman Dr. Hakan ERENGİN araştırmanın istatistiksel olarak planlanması ve yürütülmesini yönlendirmişlerdir.

Akdeniz Üniveritesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu Halk sağlığı ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Selma ÖNCEL ve Psikiyatri Ana Bilim Dalı Öğr. Gör. Mualla YILMAZ tez çalışmam süresince bilimsel ve manevi katkılarıyla destek olmuşlardır.

Çok değerli ailem her türlü maddi ve manevi desteği sağlamışlardır.

Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nin değerli ekip üyeleri veri toplama süresince yardımlarını esirgememişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan çiftler, araştırmaya katılmayı kabul ederek katkıda bulunmuşlardır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇİNDEKİLER.....	1
TABLolar DİZİNİ.....	4
ÖZET.....	5
ABSTRACT.....	7
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	9
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	9
1.2. Araştırmanın Amacı.....	14
II. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1. ÜREME SÜRECİ VE İNFERTİLİTE.....	15
2.2. İNFERTİLİTEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER.....	16
2.2.1. Erkekde İnfertilite Nedenleri.....	17
2.2.2. Kadında İnfertilite Nedenleri.....	17
2.3. İNFERTİL ÇİFTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	18
2.3.1. İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Uygulanan Tanı Testleri ve Hemşirelik Girişimleri.....	20
2.4. ÜREMEYİ SAĞLAYICI TEDAVİLER VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	23
2.4.1. Ovulasyon İndüksiyonu ve Hemşirenin Rolü.....	23
2.4.2. Cerrahi Tedavi.....	24
2.4.3. Üremeye Yardımcı Teknikler.....	24
2.4.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolü.....	28
2.5. İNFERTİLİTE TANISI ALMIŞ OLAN ÇİFTLERİN İNFERTİLİTEYE KARŞI TEPKİLERİ.....	29
2.6. İNFERTİLİTEDE DEPRESYON VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI	33
2.7. İNFERTİL ÇİFTLERDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	37

III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	42
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	42
3.3. ARAŞTIRMANI EVRENİ.....	42
3.3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	42
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	43
3.4.1. Sosyo-demografik Özellikler ve Klinik Öyküye İlişkin Tanımlayıcı Anket Formu.....	43
3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDI 1978 Formu).....	43
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği.....	44
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI.....	47
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	47
IV. BULGULAR.....	48
4.1. Infertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
4.2. Infertil Çiftlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular.....	50
4.3. Infertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Bazı Değişkenler İle İlişkisi.....	51
4.4. Infertil Çiftlerin Depresyon Durumu ile Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi.....	54
V. TARTIŞMA.....	57
5.1. Infertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	57
5.2. Infertil Çiftlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	57
5.3. Infertil Çiftlerin Depresyon Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	58
5.3.1. Infertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Bazı Değişkenler İle	

İlişkisinin İncelenmesi.....	59
5.4. İnfertil Çiftlerin Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi.....	61
5.4.1. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları İle Kullandıkları Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	63
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKLAR.....	71

EKLER

EK-I. Sosyo-demografik Özellikler ve Klinik Öyküye İlişkin

Tanımlayıcı Anket Formu

EK-II. Beck Depresyon Envanteri (BDI 1978 Formu)

EK-III. Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	İnfertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 2.	İnfertil Çiftlerin Aile Tipi ve Oturulan Bölgeye Göre Dağılımı.....	49
Tablo 3.	İnfertil Çiftlerin İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi, Yardımcı Üreme Tekniği Uygulanma Sayılarına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4.	İnfertil Çiftlerin İnfertilite Tanılarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 5.	İnfertil Çiftlerin İnfertilite Faktörüne Göre Dağılımı.....	51
Tablo 6.	İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumlarına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 7.	İnfertil Çiftlerin Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 8.	İnfertil Çiftlerin Depresyon Puanı İle Yaş, Eğitim Durumu, İnfertilite Süresi, Yardımcı Üreme Tekniği Uygulanma Sayısı Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 9.	İnfertil Çiftlerin Cinsiyetlere Göre Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 10.	İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları İle Kullandıkları Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişki.....	55

ÖZET

İNFERTİL ÇİFTLERİN DEPRESYON DURUMLARI VE BAŞA ÇIKMA YOLLARININ İNCELENMESİ

GÜLŞEN AK

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nde, infertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi amacıyla ayrıca hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunmak üzere, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 10.3.2000- 10.11.2000 tarihleri arasında, Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine baş vuran 130 infertil çift oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu, Beck Depresyon Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından, eşlerle ayrı, ayrı görüşülerek uygulanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler, t- testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 33.10'unda, erkeklerin % 10.00'unda klinik depresyon bulguları olduğu saptanmıştır. Kadınların depresyon puan ortalaması ($\bar{x} = 12.77$) erkeklerin puan ortalamasından ($\bar{x} = 6.73$) daha yüksek olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Kadınların depresyon puanı ile yaş ve eğitim durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Kadınların depresyon puanı ile infertilite süresi, tedavi süresi ve yardımcı tedavi tekniği uygulanma sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Erkeklerin depresyon puanı ile yaş, eğitim durumu, infertilite süresi, tedavi süresi ve yardımcı tedavi tekniği uygulanma sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların başa çıkma yolu olarak kullandıkları, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları, erkeklerin kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puan ortalamalarından daha düşük olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kadınların

kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, erkeklerin kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarından daha yüksek olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kadınlar ve erkeklerin sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kadınlar ve erkeklerin kendine güvenli, iyimser, kendine güvensiz, boyun eğici ve sosyal destek arama yaklaşımı ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Infertilite, Depresyon, Başa çıkma ve Hemşirelik.



ABSTRACT

THE STATE OF INFERTILE COUPLES AND THE STUDY OF WAYS OF COPING WITH INFERTILITY

BY GÜLŞEN AK

This research was done to examine the state of depression of infertile couples and the ways coping with their infertility, in addition to, contribute towards nursing applications at Akdeniz University Research Hospital, Department of Gynaecology and Obstetrics, Artificial Reproductions Treatment Unit.

The samples for the research were 130 infertile couples who had applied to the Artificial Reproduction Treatment Unit between the dates of 10.03.2000-10.11.2000.

As a means of data collection, a questionnaire that had socio-demographic characters, Beck Depression Inventory and the Scale of the Ways to Coping With Stress were employed. The data collection tools were administered to each couple separately. For evaluation, datum percentage, t-test and correlation analysis techniques were used.

33.10 percent of the women and 10.00 percent of men in the research were found to have the symptoms of clinic depression. The mean score for the women with depression ($\bar{x} = 12.77$) was higher than the mean score of men ($\bar{x} = 6.73$), a significant finding. The relationship between the depression scores of women, in relation to their age and education level, was also found significant.

No significant relationship was found between the depression scores and the infertility period, the duration of treatment and the administration of a number of Artificial Treatment Techniques. Also, no significant relationship between the depression scores of men and the age, the education level, the period of infertility, the treatment duration and the number Artificial Treatment Technique was found.

The difference between the mean scores of women who had self-confidence and adopted an optimistic approach were lower than the mean scores of men who had self-confidence and adopted optimistic approach, and this was found to be significant.

The difference between the mean scores of women who had no self-confidence but were submissive was higher than for the men who had self-confidence and a submissive character, and this was deemed significant.

The difference between the men and th women mean scores regarding social support was found to be significant.

A significant relationship was found between the self-confidence, optimism or lack of self-confidence, submission and social support seeking approaches and depression scores in both men and women.

From the result of this research, some suggestions were made to those who work in the clinics and who would like to do some further research.

Key Words: Infertility, Depression, Coping and Nursing.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde; erişkin yaşa ulaşmış olan bütün kadınlar ve erkeklerin; ırk, milliyet ya da din ayrımı yapılmaksızın evlenmek ve bir aile kurmak hakkına sahip oldukları belirtilmektedir. Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF), Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nde de "üreme hakları, cinsel haklar ve özgürlükleri, bireyleri olduğu kadar çiftleri de ilgilendiren haklar ve özgürlükler" olarak gösterilmektedir. Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesi'nden yola çıkarak hazırlanan bildirge, cinsellik ve üremeyle ilgili hakların temel insan hakları arasında meşru bir yeri olduğunu göstermektedir (1,2). Haklar ve bildirgeler insanların gereksinimleri doğrultusunda ortaya çıktığına göre, insanlar erişkin çağa geldikleri zaman temel gereksinimleri ve hakları olan evlenme, üreme ve aile kurma gereksinimlerini karşılamak için girişimde bulunurlar.

Bütün toplumlarda vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurum olan aile, insan neslinin devamını sağlamada ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde önemli rol oynar (2,3,4). Aile ve çocuk sahibi olmak, bireyin birincil sosyal görevidir. İnfertil kadın bunu kabul etmiş olmakla birlikte, çocuk sahibi olamamakla davranış normlarını ihlal etmiş olur (5). Bütün dünya toplumlarında olduğu gibi, Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirir ve çocuğun olmadığı evliliklerde sorunlar ortaya çıkar. Evlilikten sonra çocuksuz aile düşünülemez ve çiftlerden evlendikten hemen sonra çocuk yapmaları beklenir. Çocuk sahibi olamama kadın için sadece bir sağlık sorunu değil, kadının bir eksikliği ve ayıbı olarak görülmektedir. Çocuk sahibi olamamak kadın için ayıptan öte, aşağılayıcı bir durumdur (6). Evlilik, çocuk sahibi olmakla bir tutulduğu için; çocuk, ekonomik, psikolojik ve sosyal boyutu olan bir unsurdur (3,4,6). Çocuk sahibi olma isteğinin altında, felsefi, kültürel, sosyal ve psikolojik nedenler yatmaktadır (7,4). Dünyadaki evli çiftlerin ortalama olarak %5'i isteyerek çocuksuz kalmayı tercih emektedir (8,2). Ebeveyn olma isteği temel biyolojik bir dürtüdür. Kadın ve erkek için

yaşamlarının en önemli amaçları haline gelebilir. Bu amaca ulaşmak bir bakıma bireysel bir görevi yapma, sosyal kabul görme, anlamlı bir yetişkinlik dönemi geçirme, dini görevi yerine getirme, cinsel kimlik kazanma ve ruh sağlığı açısından iyilik kriteri olarak görülmektedir (8). Çocuk aileye beraberinde mutluluk, hoşgörü ve fedakarlık getirir. Ancak çocuğun olmaması aileyi belirsizliğe ve psiko-sosyal karmaşaya itmektedir (4,7).

Bütün dünya ülkelerinde ve ülkemizde çocuk sahibi olma nedenlerine ve çocuğa yüklenen değerlere bakıldığında; iki temel değer ortaya çıkmaktadır. Bunlar, psikolojik ve ekonomik değerlerdir. Doğu ülkeleri ve kırsal kesim ile batı ülkeleri ve kentsel kesimde yaşayanların çocuğa yüklediği değerler farklılıklar göstermektedir. Tayland, Endonezya, Filipinler gibi Doğu ülkelerinde çocuk isteme nedenleri olarak "yaşlılıklarında dayanacak, yardım edecek birinin olması ve maddi destek sağlamalarını beklemeleri olarak ortaya çıkarken, Almanya, ABD gibi Batı ülkelerinde bu durumların önemli olmadığı ortaya çıkmıştır. Batı ülkelerinde çocuğa yüklenen psikolojik değer daha fazladır. Türkiye'de ise sosyokültürel ve ekonomik olarak gelişmiş ailelerde çocuğa yüklenen ekonomik değer daha az, psikolojik değer (sevgi, gurur, can yoldaşı olmak, paylaşmak gibi) daha fazladır (4).

İnfertil çiftlerde biyolojik, psikolojik, psikososyal ve kültürel olarak önemli sorunlar yaratan infertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaksızın, düzenli olarak haftada üç-dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebelik oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumudur (9,10,11,12,13). İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini yıpratan bir durumdur. Her iki eş için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren karmaşık bir yaşam krizidir (14,15,16,17,18). İnfertilite tanısı, çiftlerin evlilik yaşantısında daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz durumu ile karşılaşmalarına neden olur. Bir kriz durumu olarak infertilite, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi içinde başa çıkılması gereken bir durumdur.

Son yıllarda infertilitenin psikolojik yönü daha fazla ele alınmaktadır. Literatürde infertilitenin yarattığı depresyon ve infertilite stresiyle ilgili pek çok yayın

bulunmaktadır. Zamanla bireylerin infertiliteye verdiği tepkiler ve evliliğin karşı karşıya kaldığı etkiler de ele alınmıştır. Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılık göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu belirtilmektedir. Bu tepkiler incelendiğinde; şok, inkar, suçluluk, anksiyete, depresyon, yas, yalnızlık, sosyal baskı hissetme, üreme fonksiyonlarının eksikliği ve çocuk ile ilgili geleceğe ilişkin hayallerinin kaybına bağlı kayıp duygusu, benlik saygısında azalma gibi tepkiler olduğu görülmektedir (5,19,20,21,22,23,24,25).

Yapılan araştırmalara göre, infertiliteye karşı tepkiler, cinsiyetler arası farklılıklar göstermektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla tepkili davranmakta ve daha yoğun duygular yaşamaktadırlar (26,7). Infertil kadınlar, infertiliteyi tanılama ve inceleme aşamasından, eğer gebelik olursa, gebeliğin sonlanma aşamasına kadar olan süreci stresli bulmaktadırlar (20,28).

Draye ve ark. yaptıkları araştırmada kadınların erkeklere göre daha depresif oldukları ve infertilite ile başa çıkmada kişisel ve sosyal kaynaklarını daha az kullandıklarını belirtmektedir. Ancak sosyal destek aramayı her iki cinsiyette de aynı bulmuşlardır (25). Ülkemizde, infertil kadınlarda yapılan bir çalışmada, infertil kadınların eşlerine göre daha depresif oldukları ve stresle başa çıkma yollarından kabullenme, çaresizlik, kaderciliğin depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (27).

Infertilite tanısı alan kadınların duygusal durumlarına ilişkin farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunmaktadır. Chiba ve ark. araştırmalarında uzun süreli infertilite yaşayan kadınların daha yüksek depresyon skorları gösterdiklerini belirtmişlerdir (23). Hirsch ise bunun tam tersine, infertilite süresi uzadıkça her iki cinsiyette de algılanan içsel ve dışsal baskının azaldığını, benlik saygılarında, genel memnuniyetlerinde, sosyal destek algısında artma olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda infertiliteyi kabul edenlerde, evlilikten memnuniyet ve yaşamdan memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (20).

Davis ve Dearmann, 30 infertil kadın ile yaptıkları kalitatif bir çalışmada infertil kadınların depresif duygular ifade ettikleri ve altı başa çıkma yolu geliştirdiklerini belirtmişlerdir (19). Bunlar;

1. Infertiliteyi hatırlatan şeylerden uzak durmak ve uğraşı edinmek.

2. Tedavi programına uyumsuzluk göstermek.

3.İnfertilitenin tanrının isteği olduğuna ve tanrı isterse gebe kalabileceklerine inanma.

4.Yaşamın diğer alanlarında kendini gerçekleştirmek (En iyisini yapaya çalışmak. Infertilite ile başa çıkma yolu olarak egzersiz ve diyet yaparak fiziksel görünümünün güzelliğini korumak, işinde en iyisi olmak gibi).

5. Olumsuz duygulara kapılmak (umutsuzluk, hayal kırıklığı yaşamak, ağlamak ve kendilerine yeni giysiler almak gibi).

6. Duygularını eşleriyle paylaşmak gibi.

Yapılan araştırmalar sonucu, infertil çiftler, infertilite ile ilgili yeterli bilgiye sahip olamamaları, çevreden algıladıkları sosyal baskı ve kadının kendini bir kadın olarak yetersiz görmesi nedeniyle stres yaşamaktadırlar. Kadın, asla anne olamayacağı duygusuna bağlı potansiyel kayıp yaşamaktadır. Tedavi olmak için sık sık hastaneye gitmek zorunda olmak, tedavinin ne şekilde sonuçlanacağını bilememek , günlük hormon içeren ilaçları kullanmak zorunda olmak, ovulasyonun gününün izlenmesi çiftlerde stres yaratmaktadır (2,28). Ovulasyon gününde cinsel ilişkiye girmek zorunda kalmaları da cinselliği mekanik bir iş durumuna dönüştürmekte ve bir görev gibi yaparak zevksiz ve klinik bir egzersiz durumuna getirmektedir (29,30,31). Kadının günlük ultrasound izlemleri ve erkeğin hastane ortamında masturbasyon ile semen örneği vermesi çiftlerin gizliliğini tehdit etmektedir.Yardımcı üreme tedavisi ülkenin her ilinde uygulanmadığı için, başka illerden gelip evlerinden uzak kalmakta, kalacak yer bulma sorunu yaşamakta ve ekonomik güçlük çekmektedirler (2).

Ayrıca infertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar ve tedavi işlemi oldukça pahalı olduğu için ekonomik yetersizliğe neden olmaktadır (30). Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle kadınlar işlerini bırakmakta veya kariyer yapmaktan vazgeçmektedirler (25). Bunlara ilaveten üremeye yardımcı tedavi teknikleri ağrı, acı veren ve beden bütünlüğünü tehdit eden işlemler olarak algılanmaktadır (28). Belirtilen bu nedenler çiftlerde stres ve başa çıkılması güç durumlar yaratmaktadır (19,20,23,24,25,28).

Yukarıdaki nedenlere bağılı olarak sağık ekibine önemli roller düşmektedir. Ekibin bir üyesi olan hemşire, infertilitenin tanılama, tedavi ve tedaviyi bıraktıktan sonraki süreç boyunca önemli rollere sahiptir. Hemşire, çiftlerin stresörlerini, depresyon düzeylerini ve mevcut başa çıkma davranışlarını belirleyerek, nedene yönelik bakım planı geliştirmede çiftlerle işbirliği yaparak, sağık bakım gereksinimlerini belirleyebilir (24,32).

Hemşire, infertilite krizi yaşayan bireyin/çiftin, krizin hangi aşamasında olduğunu bilmeli ve kriz ile başa çıkabilmeleri için, krizin her aşamasına yönelik bakım planı hazırlayıp uygulamalıdır (24,32). Çiftlere kriz ve içinde bulunduğu duruma ilişkin uygun bakımı seçmeli ve doğru bilgiler vermelidir. Bazı hemşireler, yanlış yanıt vermek veya nasıl yanıt vereceğini bilmemekten korkabilir. Bu durumda çiftler için önemli olan, onlara sıcak davranmak ve etkili dinlemektir. Halman'ın çalışmasında bir kadın şunu önemle vurgulamıştır. "Başkalarının bizim ne hissettiklerimiz konusundaki tahminlerini bize mal etmelerini istemiyoruz". Böyle yapmak yerine hemşire, kişinin ne söylediğine odaklanmalıdır (19,23).

Çiftler stresleriyle aktif başa çıkamaz ve çözümleyemezlerse sonuç olarak depresyon ortaya çıkar. Depresyon ile stres arasında büyük oranda bir iç içe geçme vardır (33). Hemşire çiftlerin depresif duygularını ve stresörlerini tanıyabilmelidir. Daha sonra çift ile birlikte çözüm planlamalıdır (32).

Infertil çiftlerle çalışan hemşirelerin en önemli rollerinden biriside çiftlerin depresyon düzeyleri ve başa çıkma yollarını belirlemektir. Çiftler başa çıkma yollarını etkili bir şekilde başlatmışsa hemşire onu desteklemelidir. Eğer başa çıkmada güçlük yaşıyorlarsa olası başa çıkma yollarını araştırmalı ve başa çıkma yollarını öğretmelidir (19).

1.2. Araştırmanın Amacı

İnfertilite, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla bir sorundur. İnfertil çiftler, çocuk sahibi olamamanın stresini oldukça fazla yaşarlar. Hemşireler, sağlık ekibi içinde infertil çiftlerle en fazla birlikte olan ekip üyelerindendir ve ekip içinde çiftlerin stresle başa çıkma yollarını belirleyebilecek ve yardım edebilecek önemli role sahiptir.

Literatürde infertil çiftlerin, infertilitenin neden olduğu stresle başa çıkma durumlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar olmasına rağmen, ülkemizde hemşirelik alanında bu konuyla doğrudan ilgili araştırmaya rastlanamamıştır. Kadın Sağlığı ve Doğum, İnfertilite Birimleri, özellikle Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi ve koruyucu hizmet alanında çalışan hemşirelerin, uygulamalarını geliştirmede dikkatini çekmesi düşünülen bu araştırmanın amacı;

- 1- İnfertil çiftlerin depresyon durumlarını incelemek,
- 2-Depresyon ile kullandıkları başa çıkma yolları arasındaki ilişkiyi incelemek,
- 3-Eşlerin depresyon ve başa çıkma yollarını karşılaştırmaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ÜREME SÜRECİ VE İNFERTİLİTE

Üreme sürecinin başarı ile tamamlanması için kadın ve erkek fizyolojisinin olgunlaşması ve üreme için gerekli koşullara sahip olması gerekir. Öncelikle kadında hipotalamus-hipofizer-overian aksis, fallop tüpleri fonksiyonları, servikal ve endometrial koşullar, erkekte hipotalamus-hipofizer-testikuler aksis, sperm üretimi ve hareketliliğinin normal olması gerekmektedir (9,10). Diğer koşullar;

Erkek İçin:

- En az bir testis bir ovumu dölleyebilecek kadar normal sperm üretebilmelidir.
- Duktal sistem (epididimis ve vas deferens), penise spermi taşımak için en az bir tarafta açık olmalıdır.
- Ereksiyon olabilmelidir.
- Ejekülasyon yapabilmelidir.
- Uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır.

Kadın İçin:

- En az bir over güvenilir bir düzende (4-6 haftada) ovulasyon yeteneğine sahip olmalıdır.
- Yumurta ve spermin taşınması için fallop tüplerinin en az biri normal fonksiyon görmeli ve açık olmalıdır.
- Uterus döllenmiş yumurtayı geliştirip olgunlaşmaya kadar taşımaya elverişli olmalıdır.
- Dış genital organlar cinsel ilişki sırasında spermlerin boşalmasına ve ilerlemesine elverişli olmalıdır.
- Plasenta oluşuncaya kadar gebeliği sürdürebilmek için overler yeterli miktarda progesteron üretebilmelidir.
- Fetus ve plasantanın beslenmesi ve oksijenlenmesi için kadının sağlık düzeyi yeterli olmalıdır.
- Uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır (12,34).

İnfertilite, üreme çağındaki evli bir çiftin, en az bir yıl süre ile herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın, düzenli olarak (hafta 3-4 kez) cinsel ilişkide bulunmasına rağmen gebelik oluşmamasıdır (9,10,11,12,35).

Primer infertilite, çiftlerin evliliklerinden itibaren istemelerine rağmen hiç gebelik oluşmamasıdır. **Sekonder infertilite**, daha önce en az bir kez çocuk sahibi olduktan sonra, tekrar çocuk sahibi olmak istemesine rağmen gebelik oluşmamasıdır (9,10,11,12,13,35).

35 yaşın üzerinde nulligravida bir kadın bir yıl içinde gebe kalamayabilir. 35-39 yaşları arasındaki kadınlarda 6 aylık bir süre infertilite için yeterli bir bekleme süresidir (12). Normal çiftlerde aylık konsepsiyon (döllenme) oranı %20 dolayındadır. Kadının ve erkeğin yaşı ilerledikçe infertilite oranı artar (10,12,36,37).

Yaş ile ilgili infertilite oranları (12,15) :

- a. 20-24 yaş % 5
- b. 25-29 yaş % 9
- c. 30-34 yaş % 15
- d. 35-39 yaş % 22
- e. 40-44 yaş % 29

İnfertilite görülme oranı, ülkeden ülkeye ve bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bu oran İngiltere'de % 5-9 (36,), Amerika Birleşik Devletlerinde (United States) % 14-15 (9,19), Kanada'da %10 (38)' dur.

İnfertilitenin etyolojisi; Erkek faktörü % 30-40, kadın faktörü: Ovulatuvar faktör % 25, geçirilmiş enfeksiyonlara ilişkin peritoneal faktör % 25, servikal faktör % 5'dir (10,15). İdiopatik veya açıklanamayan infertilite % 5-10 oranında belirtilmiştir (9,10,12,15).

2.2. İNFERTİLİTEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Gebe kalma yeteneği bir partnerin normal üreme fonksiyonuna bağlı değil, aynı zamanda partnerler arasındaki duyarlılığa da bağlıdır. Örneğin, bazı çiftler infertiliteyi ve tedavisini önemsemezken, bazı çiftler kompleks bir değerlendirme ve tedaviye gereksinim duyar.

2.2.1.Erkeklerde infertilite Nedenleri

Erkeklerde infertiliteye neden olan durumlar kadınlara göre daha azdır. Ayrıca erkek infertilite nedenlerini belirlemek daha kolay ve kısa sürelidir. Erkek genital organlarının fiziksel anormallikleri, infertilite nedeni olarak sperm sayısının veya motilitesinin azalmasına yol açabilir. Fiziksel anormallikler: Kriptorşidizm, hipoplastik testis, testiküler atrofi, varikozel, daha önceden geçirilmiş herniografi, oligospermi (az sayıda/düşük kalitede sperm yapımı), duktal enfeksiyonlar (10,11,12,34,35,37).

- **Sperm Anormalliklerine ve Fonksiyon Bozukluğuna Neden Olan Faktörler**

Hormonal uyarının yetersiz olması, toksinlere maruz kalma (kimyasallar, pestisitler), aşırı alkol ve sigara kullanımı, akut ve kronik hastalıklar, genital organ enfeksiyonları, anatomik anormallikler, teropatik tedaviler (kansere ilaçları ya da radyasyon), uyuşturucu ilaç kullanımı, skrotumun ısını yükselten ateşli hastalıklar, immunolojik faktörler, stres, ereksiyon bozuklukları, seminal sıvı yapısına ilişkin bozukluklar, retrograd ejakülasyon, diyabet, nörolojik bozukluklar, psikoterapik ve antihipertansif ilaçlar, spinal kord yaralanmaları, anatomik anormallikler (hipospadias), alkol, sigara ya da uyuşturucu madde kullanmak, stres/anksiyete bağlı prematür ejakülasyon.

Seminal sıvı yapımı ve içeriğinin anormal olması infertiliteye neden olur. Örneğin; miktarının 2 ml'den az, 6 ml'den fazla olması, seminal sıvıda lökositlerin olması, seminal sıvının asidik olması gibi (9,10,34,35). Hemşire, erkeğe ilişkin faktörlerden aşırı alkol ve sigara kullanımı ile genital organ enfeksiyonlarının önlenmesi konusunda risk gruplarını belirleyip, eğitim yaparak infertiliteyi en aza indirebilir .

2.2.2.Kadınlarda İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Kadınlarda infertiliteye neden olan faktörler erkeklere göre daha fazladır ve karmaşıktır. Bu nedenle tanılama ve tedavi süreci daha uzundur. Ayrıca tedavi süreci kadın için oldukça streslidir. Hemşire, infertiliteye neden olan ve önlenabilir durumları belirleyerek kadınları bilgilendirebilir ve infertiliteyi azaltabilir.

- **Ovulasyon bozukluklarına neden olan faktörler**

GnRH, FSH ve LH salınımını etkileyen hipotalamus- hipofiz disfonksiyonu, overlerin yeterli FSH ve LH uyarısına yetersiz tepkisi, neoplastik ilaçlar, aşırı alkol ve sigara kullanımı, menstrual periyod bozukluğu ya da yokluğu, 40 yaşın üstünde olmak, stres, polikistik over sendromudur (10,11,12,34,35).

- **Fallop tüplerinin anormallikleri**

Tubal tıkanıklık, enfeksiyonlar, endometriozis, tubal yapışıklık, tubal obstrüksiyon, pelvik cerrahi, anormal tubal siliyal hareket (10,11,12,34,35).

- **İnfertiliteye neden olan vaginal- servikal anormallikler**

Estrojen düşük olması, polip ya da skar dokusu, anormal servikal mukus, vajen pH'sının alkalileşmesi, tümörler, aşırı emosyonel stres ve vaginismus, antibiyotik/steroid tedavisi, diabetes mellitus'dur(9,10,11,12,34,35).

2.3.İNFERTİL ÇİFTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerlendirme, konsepsiyonu içeren faktörlerin tümü ve her çiftin üreme anatomi fizyolojisini içerir.

İnfertil çiftlerde önemli olan infertilitenin nedenini bulmaktır. Hemşire çiftlerin yaşadıkları bu süreçte tam bir destek sağlayabilir. Bunun için;

1- Çiftler birlikte değerlendirilip, iyi bir öykü alınmalıdır (35).

Öykü almak çok önemlidir ve iyi bir öykü ile yaklaşık %50 bazen de %100 tanı konulabilir. Öykü her iki eşten ayrı ayrı alınır ve öykü formu doldurulur. Öyküde alınması gerekli bilgiler;

*Yaş

* İnfertilite süresi

* Daha önceden gebelik, düşük varsa sayısı, herhangi bir gebelik komplikasyonu, laktasyon süresi detaylı menstrual öykü (menarş yaşı, menstruasyon süresi, sıklığı, düzeni gibi)

* Önceki infertilite test ve tedavileri

* Tıbbi öykü (çocuklukta geçirilen ateşli bir hastalık, ürolojik ve genital, sistemik hastalık öyküsü).

* Cerrahi öykü (abdominal ya da pelvik cerrahi)

* Cinsel öykü (sıklığı, zamanı, disparanoya, vajinal kuruluk, cinsel partner sayısı)

* Mesleki ve çevresel yaşam, kimyasal ya da radyasyon içeren maddeler, hobiler, iş alışkanlıkları

* Doğurmak için kişisel motivasyonun olması, partnerlerin birbirlerine karşı tutumları, infertilite araştırmasına tepkileri, mevcut destek sistemleri, sürekli ve aşırı egzersiz, stres düzeyleri, alkol, ilaç, sigara, kafein kullanmak ve kilo değişikliklerini (aşırı zayıf veya kilolu olma) içerir.

2- Kompleks değerlendirmelerden önce daha basit değerlendirme ve tedaviler yapılmalıdır.

3- Her bir partner için tam bir tıbbi öykü ve fiziksel değerlendirme yapılmalıdır.

4- Eşlerin yaşı özellikle kadının yaşı 30 yaş ve üzerinde ise değerlendirme ve tedavi daha erken yapılmalıdır.

5- Ekonomik durumları belirlenmeli, ekonomik güvencesi ve sigortası olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Değerlendirme ve tedavi boyunca farklı zamanlara gereksinim olması, daha ileri kompleks, pahalı testler ve tedaviler, tedaviyi bırakma ve yeniden başlama kararı vermek güçtür. Infertilite tedavisi streslidir, saatleri veya haftaları alabilir ve kendi bakımına ilişkin önemli bir kararı gerektirir (10,11,13,34).

İnfertil çiftin değerlendirmesine ve tedavisine hemşire, jinekolog, ürolog, farmakolog, embriyolog, androlog ve radyolog katılır. Buna ilaveten özel ve genel laboratuvar araçları, tanılama ve tedaviye yardım eder (10).

Fiziksel Değerlendirme ile hastalık süreçleri (troid bozuklukları, diyabet, hipertansiyon, kardiovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları, enfeksiyon), beslenme durumu ve vücut yağ oranı belirlenebilir. Vücut yağ oranı % 10'dan fazla ya da az ise anovulasyon ile sonuçlanabilir.

Pelvik muayene ile üreme problemlerinin pek çoğu belirlenebilir (9,10,11,35,39). Bunlar; ovarian kitleler ve kistler, adnekslerin kalınlığı, pelvik duyarlılık, uterosakral nodül ya da yapışıklık, retrofleks uterus, servikal anormallikler, kronik servikal enflamasyon ya da servikal displazidir.

2.3.1.İnfertilitenin Değerlendirilmesinde Uygulanan Tanı Testleri ve Hemşirelik Girişimleri

Erkeklerde, semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon tetkiklerini içerir. Kadında, ovulasyon prediction, postkoidal testler ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histeroskopi, laparoskopi ve endokrin testleri içerir (9,10,11,35).

Erkeğe Yönelik Testler

İnfertilitede ayırıcı tanı testlerinden semen analizi, seminal sıvının içeriğini, sperm fonksiyon ve yapısını gösterir (9,10,11,34,35,37).

Semen volümü	2-6 ml
PH	7.2-7.8
Sperm konsantrasyonu	20 milyon/1 ml
Motilite: normal formlarda	% 50 veya daha fazla
Morfoloji: normal formlarda	% 60 veya daha fazla
Yaşama yeteneği:	% 50 veya daha fazla
Çözünmesi:	30 saniye içinde
Lökositler:	1 veya birkaç tane/1 ml

Semen Analizi İçin Semen Toplamada Hasta Eğitimi

Bu eğitim semen kalitesini doğru değerlendirmek için önemlidir. Semen örneği özel koşullarda toplanmalıdır. Bunun için aşağıdaki kurallara dikkat edilmelidir (10,35).

*Semen toplamadan önce en az üç, en fazla beş gün cinsel perhiz yapılmalıdır.

*Semen toplarken herhangi bir yağlı madde kullanılmamalıdır.

*Masturbate veya ejelulat kondom, temiz, kuru plastik ya da cam bardağa konularak, kapağı kapatılıp, toplama zamanını üzerine yazılmalıdır.

*Eğer evde semen topladı ise, ilk bir saat içinde laboratuvara götürülmelidir. Götürülürken koltuk altına veya göğüse yakın bir yere konularak vücut ısısında taşınmalıdır. Uygun olmayan kapak ya da soğuk kaynaklar kullanılmamalıdır.

- **Endokrin Testler**

Hipotalamusun yanıtını değerlendirmek, estrodiol, LH ve FSH düzeylerini belirlemek için yapılır. Öykü ve fiziksel bulguya temel oluşturur (35).

- **Ultrasonografi**, Transrektal yol kullanılarak, prostat glandlarının, seminal veziküllerin ve ejakülat kanallarının yapısı değerlendirilir (35).
- **Testiküler biyopsi**, testiküler doku örneği almak için yapılan bu invaziv test, patoloji ve darlıkları belirler.
- **Sperm penetrasyon testi**, spermin fertilize etme yeteneğinin belirlenmesi, spermin ovumun zona pellisudasının içine girerek yapışma yeteneğidir (35).

Kadına Yönelik Testler

- **Ovulasyon testleri**

Ovulasyon olup olmadığını öğrenmek ve özellikle gebelik için cinsel ilişkiyi bu döneme rastlaştırmak amacıyla yapılır. Bu testler, bazal vücut ısı ve servikal mukus yöntemi gibi yöntemlerdir. Ovulasyon gerçekleşikten sonra, luteal fazda artmış olan serum progesteron düzeyinin hipotalamustaki ısı merkezi üzerine termojenik etkisiyle vücut ısısında 0.2-0.5 santigrat derecelik bir artış olur. Servikal mukus yöntemi, menstruel siklus boyunca servikal mukus estrogen ve progesterona yanıt olarak değişiklik gösterir. Ovulasyondan 2-3 gün önce artan estrogen hormonunu etkisiyle, servikal mukus, ince, akışkan, şeffaf ve esnektir. 6-25 cm kadar uzayabilir. Ortaya çıkan bu değişime servikal geçirgenlik dönemi ve fertil dönem denir. Ovulasyondan sonra artan progesteron hormonunun etkisiyle servikal mukus kalın, koyu, geçirgenliği azalmış ve uzunluğu 6 cm den kısadır (35).

Hemşire kadına fertil ve fertil olmayan günleri belirlemeyi öğretmelidir. Gebe kalabilmesi için fertil günlerde cinsel ilişkiye girmesi gerektiğini söylemelidir (35).

- **Ultrasonografi**

Pelvik organların yapısını değerlendirmek, ovarian folliküller ve ovumun serbestlenip serbestlenmediğini izlemek, ektopik ya da çoğul gebelik gibi durumları öğrenmek amacıyla yapılır.

Hemşire, ultrasound uygulanan kadına bu dalgaların sağlığa zararlı olmadığını, radyasyon içermediğini ve genital organların yapısının değerlendirildiğini öğretmelidir (35).

- **Postkoital test**

ovulasyon zamanında mukus içindeki sperm fonksiyonu ve servikal mukusun özelliklerini değerlendirmek için yapılır.

Hemşire, testin cinsel ilişkiden sonra 6-12 saat içinde yapıldığını belirtmelidir (35).

- **Endokrin testler**

Hipotalamus, pituitary gland ve over fonksiyonlarını değerlendirmek için yapılır. LH, FSH, estrogen ve progesteron düzeyleri belirlenir. Hormon değerlendirmesine ilaveten öykü ve fizik değerlendirmeye temel oluşturur.

Hemşire testin amacını açıklamalı ve danışmanlık yapmalıdır (35).

- **Histerosalpingografi**

Kontras madde kullanılarak X-Ray sırasında uterus ve fallop tüplerinin açıklığı ve yapısını değerlendirmek için yapılır. Kontras madde serviksten uterus içine enjekte edilir ve X-Ray çekilir.

Hemşire testin amacını ve nasıl yapıldığını öğretmelidir. Test, menstruasyondan sonra, siklusun ilk yarısında, menstrual döküntünün tubalara gitmesinden kaçınmak ve olası bir gebeliğe engel olmamak için yapılır (35).

- **Endometrial biyopsi**

Endometrial dokudan örnek almak için yapılan bu invaziv test, endometriumun ve overin progesteron ve estrogen uyarısına uygun tepkisi olup olmadığını belirler. Test menstruasyondan 2-3 gün önce yapılır. Ağrı veya kramp olabilir. Ağrı için analjezik önerilebilir.

Hemşire, kadına testin amacını, nasıl yapıldığını ve ağrı yapabileceğini söylemelidir (35).

- **Histereskopi ve Laparaskopi**

Uterusun iç kısımlarını ve pelvik organları bir endoskop aracılığı ile genel anestezi altında incelemektir. Aynı zamanda polip ve adhezyon gibi anormal durumlar belirlenir. İşlemden önce kadın aç kalmalı ve mesanesi boş olmalıdır. İşlem sırasında pelvik organları daha iyi görebilmek için karbon dioksit gazı kullanıldığından dolayı geçici omuz ağrısı olabilir.

Hemşire, kadına testin amacını ve nasıl yapıldığını öğretmelidir (35).

2.4. ÜREMEYİ SAĞLAYICI TEDAVİLER VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

2.4.1. Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi) ve Hemşirenin Rolü

Hormon ve diğer ilaçlar erkek ve kadın her ikisine de verilebilir. İlaç tedavisi semen kalitesini yükseltmek, ovulasyonu indüklemek, uterin endometriumu hazırlamak veya oluşmuş gebeliği desteklemek için verilir (12,35,36).

Tedavinin başarı şansını arttırmak için hipofizer kontrolü ortadan kaldırma yoluyla etkili olan GnRH analogları kullanılır. Bu tedavi sırasında kadın sıcak basmaları yaşayabilir, deprese olabilir ve baş ağrısı görülebilir. Hipofizer baskılanma sağlanınca (down-regulasyon), over içerisindeki folliküler gelişmeyi uyarmak human menapozal gonodotropin (hMG) kullanılır. Human koryonik gonodotropin (hCG) davranış olarak LH'a benzeyen bir hormondur ve intramüsküler olarak uygulanır. LH salgılanmasını taklit eder. İnseminasyonu veya embriyo transferini takiben endometrial tabakayı desteklemek amacıyla intramüsküler, oral veya intravajinal olarak progesteron verilir. Hemşire bu ilaçların her birinin yan etkilerini bilmek ve bunları çifte açıklayabilmek zorundadır (35,36).

Hemşirenin rolü, tedavi programını koordine etmektir. Hemşire folliküler büyümeyi hem ultrasound ile hem de hormon testleri için kan alarak gözlemek için gerekli olan randevuları düzenler ve ilaçların uygulanmasını çift ile tartışır. Çiftin çok sayıda hastane ziyareti gerektiren tedavinin oldukça stresli olduğunu anlaması oldukça önemlidir. Eğer kadının eşi veya arkadaşı ilaç uygulamayı kabul ederse kliniğin kurallarına izleyerek onlara bunu öğretmek hemşirenin gözetimi altında olacaktır. Çiftlerin komplikasyonlardan korunması için ilaçların doğru doz, zamanlama ve uygulama şekline uyularak kullanılması gerektiğini anlamaları gerekir. Ovulasyon indüksiyonu uygulanan her kadın OHSS riski altındadır ve erken uyarı olan mide bulantısı, idrar miktarında azalma abdominal distansiyon ve ağrı gibi belirtilerden haberdar olmalıdır. Birimde OHSS'nin tedavisi için bir protokol olmalıdır. Çünkü uygun tedavi olmazsa hastanın durumu hızla kötüleşebilir. Hastalar için sürekli destek ve mesai dışı aramalar için bağlantı numaraları olmalıdır (35,36).

Ovulasyon stimülasyon protokolleri her klinisyenin tercihinine göre klinikten kliniğe değişir. Çiftlere tedavilerin zamanlaması hakkında bilgi vermek hemşirenin sorumluluğundadır.

Tedavi protokolleri çiftlerin durumuna ve infertilite birimlerine göre farklılık gösterir.

2.4.2. Cerrahi Tedavi

Erkeklerde varikoselin tedavisi işlemi, erkek yada 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 tubal yapılardaki obstrüksiyonları düzeltmek için uygulanır. Transservikal balon tuboplastisi, fallop tüpleri tıkanıklığında uygulanır (12,34,35,36).

Koital Faktörün Düzeltilmesi; Psikoterapi, cinsel terapi ve eşin sperm ile suni inseminasyon uygulanır(12)

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulama İçin Hasta Seçimi

Üremeye yardımcı tedavi için refere edilecek çiftler iki ana grupta toplanır (13,40).

1.Üremeye yardımcı tedaviye kesin gereksinimi olanlar; tubaların yokluğu, bilateral salfinjektomi, tüberküloz, azospermi, overial yetmezlik ve erken menapoz.

2.Üremeye yardımcı tedaviye rölatif gereksinimi olanlar; açıklanamayan infertilite, endometriozis, sperm sayısı ve kalitesi az olan gruptur.

2.4.3. Üremeye Yardımcı Teknikler

Overlerden daha çok ovarian hiperstimulasyon ile uygun zamanda, ovum toplayarak yapılan tetkiklerdir (9,11). Yardımcı üreme tekniğini etkileyen faktörler, bozuklukların altında yatan nedenler, transfer edilen oosit ya da zigot sayısı ve ünite çalışan ekibin deneyimleridir (9).

1. **Artifisiyel İnseminasyon (Aİ);** Koitus olmadan ince bir kateter ile spermatozoaların genital traktusa konulmasıdır. Servikse konulursa **servikal inseminasyon**, uterus kavitesine konulursa **intrauterin artifisiyel inseminasyon(IUAİ)**, peritoneal kaviteye konulursa **peritoneal artifisiyel**

inseminasyon denir. Kadının eşinden alınan spermiler ile yapılan inseminasyona **homolog inseminasyon (HI)** , başka bir erkekten alınan spermiler ile yapılan inseminasyona **donör artifisiyel inseminasyon (heterolog artifisiyel inseminasyon)** denir. Peritoneal ve donör artifisiyel inseminasyon ülkemizde yapılmamaktadır (13,36). Endikasyonları erkekte ve kadında farklıdır (11,36).

Erkeklerde endikasyonları:

•Erkeğe uygulanacak kemoterapi veya radyoterapi tedavisi spermatozoidler için zararlı görülüyorsa tedaviden önce semen toplanır ve inseminasyon için dondurularak saklanır

- Vazektomi yapılacağı durumlarda semen toplanır ve dondurularak saklanır,
- Hipospadias ve epispadias olan kişiler
- Uygun koitus yapamayan ya da ejakülasyon bozukluğu olanlar
- 20 milyonun altında oligospermi belirlenenler
- 40 milyonun altında astenozoospermi belirlenenler
- Oligoastenozoospermik olanlar
- Semen miktarının 2 ml'nin altında olduğu hipospermi ve 6 ml'nin üstünde

olduğu hiperspermi durumları

Kadında endikasyonlar (11,13)

- 1.Konjenital vajen anomalileri
- 2.Kollum konizasyonu veya amputasyonu,
- 3.Yanlış veya kötü yapılan elektrokoagülasyon sonucu servikal kanalın zarar görmesi,
- 4.Servikal kanalın estrojene duyarsızlığı sonucu servikal mukus azlığı,
- 5.Servikal mukusta antisperm antikorlarının varlığı,
- 6.Vajinismus nedeniyle normal koitus olmaması.

Intrauterin inseminasyon sırasında hemşirenin hizmet içi eğitimi (36).

1.Hemşire, iyi bir pelvis anatomisi, infertilite tedavisi ve IUI uygulama endikasyonları konusunda tam bilgili olmalıdır.

2.Hemşire, hastaların yan etkiler ve eğer overian stimülasyon kullanılırsa çoğul gebelik riski de dahil işlemin tüm yönleri hakkında tam bilgilendirilmesini sağlama gerekliliğinin farkında olmalıdır ve bilgi vermelidir. Çiftlere profesyonel danışmanlık fırsatı sunulmalıdır.

3.Eğer ovulasyon stimölasyonu yapılyorsa, ilaç etki ve yan etkilerini anlamalıdır.

4.Hemşire ultrasound incelemeleri ve hormon değeri kullanarak siklusun nasıl izlendiğini bilmelidir.

5. Semen örneği hazırlamanın önemi ve kullanılan ilkeleri anlaşılır olmalıdır.

İngiltere'de hemşirenin IUI yapma ile ilgili klinik eğitim ve uygulama protokolleri oluşturulmuştur.

Hemşirenin Klinik eğitimi

Hemşire deneyimli bir pratisyeni minimum üç IUI yaparken izlemelidir. Sonra kontrol altında en az üç uygulama yapmalı ve işlem hemşire kompetan ve güvenli olana kadar devam etmelidir (36).

2. İn Vitro Fertilizasyon ve Emriyo Transferi (İVF ve ET)

Vajinal ultrasound ile oositler toplandıktan sonra olgun ovum ve spermin in vitro olarak döllenmesi ve döllenmiş embriyonun, iki gün sonra transservikal yol ile uterusu transfer edilmesidir (9,10,11,13,35,36).

Endikasyonları:

Tuba uterinalarda harabiyet/yokluğu,immünolojik infertilite (antisperm antikörleri), açıklanamayan infertilite, endometriozis, erkek faktörü (sperm yetersizliği, hareketsizliği gibi), ovulasyon yokluğu'dur.

Embriyo transferinde hemşirenin hizmet içi eğitimi (36).

1.Hemşire İVF işlemleri ile ilgili tedavinin tüm yönleri hakkında bilgili olmalıdır.

2.Hemşire pelvik anatomi hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

3.Hemşire, hastaların kaç embriyo transferi edileceğine bağlı çoğul gebelik riski dahil, İVF'in tüm yönleri hakkında yeterli bilgilenmesini sağlama gerekliliğinden haberdar olmalıdır.

4.Hemşire tüm hastalara danışmanlık sunulmasını ve tüm gerekli izin formlarının imzalanmasını sağlamalıdır.

5.Hemşire hastaların ovarian hiperstimölasyon riskinden haberdar olmasını ve bu konuda yazılı bilgilerinin olmasını ve acil durumda kime başvuracaklarını bilmesini sağlamak zorundadır.

Hemşirenin klinik eğitimi

Burada IUI'daki ile aynı prensipler izlenir. Tek fark deneyimsiz olan hemşirenin en az on embriyo transferini izlemesi ve denetim altında yapmasıdır.

3. Gamet İntrafallopian Transfer (GİFT)

Laparoskopi ya da vajinal ultrasound ile oositlerin toplanması ve laparaskopi ile tuba içine hazırlanan ve oosit ve spermin yerleştirilmesidir (9,10,11,13,35,36).

Kontraendikasyonları: Tubal hastalıklar

Endikasyonları: Fallop tüplerinin sağlıklı olduğu durumlar, endometriozis, daha önce IVF ya da zigot intrafallopian transfer (ZİFT) ile embriyo elde edildiği durumlar açıklanamayan infertilite.

4. Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)

Ultrasound altında vajinal yoldan oositler toplandıktan sonra laparaskopi ile tuba ampula içine zigotun yerleştirilmesidir (9,10,11,13,35,36).

Kontraendikasyonu: Tubal hastalıklar.

Endikasyonları: GİFT'de olduğu gibidir.

5. Subzonal Sperm İnsersiyonu (SUZI)

Hazırlanan mikro pipet ile zonayı geçerek zonanın hemen altına (perivitelline alana) yerleştirilmesi/enjekte edilmesidir. Daha sonra embriyolar uterus ya da fallop tüplerine transfer edilir (9,13,36).

Subzonal insersiyonun triploid embriyo riski vardır (9,36).

Endikasyonları: Oligospermi ve sperm motilitesi bozukluklarıdır(9,36,40).

6. Intracitoplazmik Sperm İnjesiyonu (İCSİ)

Oositler toplandıktan sonra bir spermin mikropipet yardımı ile oosit sitoplazmasına yerleştirilmesidir. Embriyo oluştuktan iki gün sonra uterus ya da fallop tüplerine transfer edilir (9,10,11,13,36). Günümüzde en çok uygulanan yöntemlerden birisidir (13).

Endikasyonları: Oligospermi ve sperm motilitesi bozukluklarıdır (9,40).

Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamada Başarı Oranı

Yardımcı üreme tekniği uygulamalarında başarı oranının % 10-14 olduğu bildirilmektedir (13). Infertilite tedavisinin kabul gören başarı ölçütü canlı doğum oranıdır. İVF için tüm gebelik oranı her tedavi siklusu için yaklaşık % 18'dir. Canlı doğum oranı ise % 14 olarak bildirilmektedir (36). Gebelik oranları en iyi kliniklerde bile hala düşüktür. İVF ile sağlıklı doğan bebek oranı en fazla % 23'dür (30,36). Bu oran kaynaklarda % 10-40 arası olarak belirtilmektedir (2,11). IUI başarı oranı kadının yaşına ve total hareketli sperm sayısına bağlıdır. Bu oran ortalama % 14.3 olarak belirtilmektedir (36,). Terzioğlu'na göre Mill's % 20 olarak belirtmiştir (2). ICSI ile başarı oranları arasında farklılıklar vardır. Gebelik oranları % 13-35.9 arasında değişmektedir. Ancak hareketli sperm olduğu sürece bu oran % 50'ye kadar çıkmaktadır (36). GİFT ile ilgili gebelik oranı her siklus için % 20-30 arasında değişmektedir (2,11,13). ZİFT ile ilgili başarı oranı % 20-30 arasındadır(14). Oosit bağışında gebelik oranı ise % 5-10 arasında değişmektedir (11).

2.4.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolü

Bir üremeye yardımcı tedavi merkezine başvuran çiftlerin çoğu geniş bir şekilde incelenmiş ve infertilite nedeni belirlenmiştir. Doktor ile ilk görüşmeden önce çift, klinikte sunulan tedavi ve birimin başarısı hakkında yazılı bilgi almış olmalıdır. İlk görüşme çiftte kendileri için en uygun tedavi hakkında bir karara varabilmeleri ve kendilerine verilen bilgi ile ilgili olarak soru sorabilme şansını sağlar. Daha sonra hemşire tedavinin detaylarını anlatır. Bir tedavi siklusunun zamanlaması ve lojistiği çift ile tartışılmalıdır. Çiftin hangi menstrual siklusda tedaviye başlamak istediği konusunda karar verilir.

Tedaviye baş vuran her çiftte gebelik öncesi bakım, düşük riski ve gelecekteki çocuğun sağlığı konusunda bilgi verilmesi önemlidir. Gebe kalmaya çalışan kadının sigara ve alkolü sınırlaması, sağlıklı, dengeli bir diyet yapması önerilir. Infertilite araştırmalarının ve tedavi ve sonuçlarını beklerken klinikte geçirilen zamanın çok stresli olabileceği bilinmektedir. Bir çok çift klinik dışında hiç kimseyle infertilite problemini paylaşmamayı tercih ederler, böylece yaşadıkları stresi artırırlar. Bunun için stresi azaltan yöntemler ilgili bilgi verilmelidir.

Tedavi başlamadan önce çiftin klinik dışı bir değerlendirmesini yapmak kliniğin sorumluluğudur. Bağımsız bir danışmanın detayları ve nasıl randevu alınacağı doktor ile ilk görüşmelerinde çifte anlatılmalıdır (36).

Hemşire, infertil kadına gebe kalma olasılığını arttıran bazı önerilerde bulunarak çiftlere yardımcı olabilir. Bu öneriler şunlardır (35):

1. sağlıklı olmak için yeterli ve dengeli beslenilmeli, stresi azaltılmalı ve düzenli egzersiz yapılmalıdır.
- 2.Partner ile iletişimi arttırmak için, beklentiler, amaçlar ve istekler konusunda konuşulmalıdır. Gebe kalmaya çalışmak tatsız olabilir ve stresi artırabilir. Bu nedenle rahat olunmalıdır.
- 3.Seksüel üremeyi arttırmak için gebelik stres edilmemelidir.
- 4.Seksüel ilişkiden sonra veya ilişki sırasında yağlı şeyler kullanılmamalı ve duş alınmamalıdır.
- 5.Cinsel ilişkiden sonra, hemen idrara çıkılmamalı, yatakta yatılmalı ya da kalçalar hafifçe yükseltilmeli, spermilerin servikse geçmesine izin verilmelidir.
- 6.Ovulasyon zamanında cinsel ilişkiye girerek, gebelik şansı maksimuma çıkarılabilir. Siklusun ortasında 36-48 saat süreyle koitus yapılmalıdır. Bunun için fertil zamanı belirlemeye yardımcı yöntemleri kullanılmalıdır.

2.5. İNFERTİLİTE TANISI ALMIŞ OLAN ÇİFTLERİN İNFERTİLİTEYE KARŞI TEPKİLERİ

Şok

Dünyanın neresinde olursa olsun bireyler, önceden infertil olabileceklerini düşünmedikleri için infertilite tanısı almak yaşamlarını tehdit eden bir kriz yaratır. Çiftlerin infertiliteye ilk tepkisi kendilerini hep sağlıklı olarak düşündüklerinden dolayı infertil olduklarına inanmak istemezler ve şok yaşarlar (17,18,41,42).

İnkâr

Çocuk sahibi olamamayı kabullenmek zor gelir ve yanlış olduğunu düşünerek tanıyı inkar ederler (17,18,35,36,41,42,43,44). Çiftler inkar döneminde profesyonel yardım aramadan önce uzun bir süre bekler. Bu tepki bireyin infertiliteye uyum sağlamasına izin verme sürecidir. İnkâr geçici bir savunma mekanizmasıdır.

Öfke

İnkar etmenin uzun süre devam etmesi sağlıksızdır ve yerini öfke alır. Kontrol kaybı, yoğun stres yaşama, eş, aile ve arkadaşlardan destek alamama öfkeyi ortaya çıkarabilir. Öfke pek çok şeye yansıtılır. Eşler birbirlerine öfkelenebilir. Bu öfke infertilite sorunu olan eş, sorunu olmayan eşin kendisi kadar bu sorunu yaşamadığını fark edince daha da artar. Ayrıca infertilite sorunu belirlenen eşe de, sorunu olmayan eş öfkelenebilir. Aile yaşantısı içinde çocuğun rolü çok önemsendiği için toplumsal geleneklere öfke duyulabilir. Gebe kadınlara, tedavi ekibine, çocuğu olan ailelere öfke duyulabilir (17,24,41,42,43,44).

Pazarlık

Bireyler öfkenin ardından Tanrı ile pazarlık yapmaya ve adaklar adamaya başlar. "Tanrım! Eğer çocuğumuz olursa senin için çok şey yaparım" diye söz verirler (24).

Suçluluk

İnfertil olduğunu öğrenen birey, geçmişte infertiliteye neden olabilecek deneyimlerinden dolayı suçluluk duyar. İnfertil olmasının nedenini önceden kullandığı doğum kontrol yöntemi, küretaj, geçirdiği bir enfeksiyon hastalığı, alkol ya da sigara kullanmaya bağlayabilir (14,35,41,42,43,44). Özellikle infertil olan eş kendini suçlu hisseder (43).

Suçlama

İnfertil olmayan eş, infertil olan eşin gebe kalamadığı için suçlayabilir. Nedeni belirlenemeyen infertilitede eşler birbirlerini suçlayabilirler. Eğer eşlerden birisi çocuk sahibi olmayı çok istemiyorsa, çocuk sahibi olmayı çok isteyen eş diğerini suçlayabilir (42,45).

Yalnızlık

Çiftler arasında yaygın olarak yaşanan duygulardan birisidir ve başa çıkmak güçtür. Çiftler günlük yaşamlarını normal olarak sürdürüyor olsalar da infertilite tanısı ve tedavi süreçleri bu eşlerde yalnızlık duygusuna yol açar. En gereksinim duydukları anlar da bile kendilerini aile ve arkadaş gibi destek kaynaklarından uzak tutarlar. Bir çok insan infertiliteye ilişkin duyguları anlayamayabilirler. Dolayısıyla infertilite ile yaptıkları duyarsız konuşmalar, infertil çiftleri daha fazla üzüntü ve sıkıntıya sokmaktadır. Bunun sonucu depresyon ve yalnızlık duyguları ortaya çıkmaktadır. Çiftler bu duygulardan kurtulmak için de yalnız kalmak istemektedirler. Ayrıca

kendilerine infertil olduklarını hatırlatan, olay, yer ve kişilerden uzak tutmaktadırlar ve böylece sosyal izolasyona maruz kalmaktadırlar (19,21,35,41,42,43,44,45).

Güçsüzlük

Çiftler genellikle çocuk sahibi olmadan önce yaşam hedeflerini planladıkları şekilde sürdürebilirler. Çocuk istemedikleri zaman doğum kontrolü ile bunu başarabilirler. İstedikleri aşamaya kadar kariyer yapabilirler. Bir başbakan olup, ülkeyi yönetebilirler. Sosyal ve fizik çevrelerini kontrol altına alabilirler. Bireyler çocuk sahibi olmak isteyip de olmadıkları zaman, kendi bedenlerinin kontrolünü kaybettiklerini düşünerek güçsüzlük ve başarısızlık duyguları yaşarlar. Yetersizlik ve çocuk sahibi olamamak yaşamlarının her alanını kaplayabilir. Bunlar doktor randevuları, bazal vücut ısı ölçümleri, ovulasyon izlemleri, menstruasyonu ilaç ile düzenleme ve cinsel ilişkilerini bir program dahilinde gerçekleştirme durumlarından oluşur. Aynı zamanda eğitime devam etmek, iş değiştirmek ve yeni bir eve taşınmak gibi yaşamlarının diğer alanları ile ilgili planları erteleyebilirler. Yaşamlarının kontrolünün altüst olduğunu ve kontrol dışına çıktığını hissederler (5,19,24,42,43).

Benlik saygısında Azalma

Ebeveyn olma isteği temel biyolojik bir istektir. Bazı insanlar için ebeveyn olmak erişkinliğe geçiş anlamındadır. Infertilite tanısıyla birlikte idealize ettikleri yetişkin kimliği zedelenebilir. Sağlıklarına olan güvenleri azalabilir, kendilerini eksik ve hasta gibi hissetmeye başlayabilirler. Infertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar da bireylerin kendilerini hasta gibi hissetmesine neden olabilir. Infertil olduğu belirlenen eş kendini eksik ve kusurlu hissedebilir. Kendine olan güveni azalır ve benlik saygısı düşer (5,14,16,19,43).

Kayıp

Infertilite duygusal açıdan önemli bir kayıptır. Bazıları için bir organın kaybı ya da kronik bir hastalık ile eş değer olabilir. Infertilite, gerçek bir kayıptan daha çok potansiyel bir kayıp olduğu için alışılmadık bir keder çeşididir. Herkese göre değişebilecek, sembolik anlamları olan bireyin geleceğe dair hayallerinin kaybı, ebeveyn olma idealinin kaybı, potansiyel çocuk kaybı, genetik devamlılığın/soyunun kaybı ve kendi bedeni üzerindeki kontrolün kaybı gibi şeyler söz konusudur (14,19,29,43).

Umutsuzluk

İnfertilite ve tedavisinin neden olduğu duygusal değişimler depresyon ile ilişkilidir. Çiftler tedaviye başlarken umutludur. Bu duygu, kaygı duygularıyla birlikte tedavi boyunca sürer. Ancak tedavi başarısızlıkla sonuçlanırsa umutsuzluk ortaya çıkar. Hatta birkaç kez yardımcı üreme tekniği uygulayıp çocuk sahibi olamayan çiftler tamamen umutlarını kaybedip tedaviye son vermektedirler (44,45).

Stres

Evlilik yaşantısı içinde çocuk sahibi olamamak, çiftlerin birinde ya da her ikisinde stres yaratır. Çiftler infertil olduklarını öğrenince ve bu konuda araştırma yaptıkça stres önemli oranda artar. Stres süreci, stres kaynağıyla (infertilite) ve stresörler (ilgili tıbbi faturalar, randevular, ultrasound, semen toplama v.b.) ile başlar ve tedavinin gidişı, bireylerin olayları algılayışı, sağlık personelinin tutum ve davranışlarına göre inişli çıkışlı bir şekilde devam eder. Hatta gebelik gerçekteştiğinde bile uzun süre (düşük ya da erken doğum korkusuyla) stres yaşamaktadırlar (18,19,21,28,33,35,46). Aynı zamanda çocuk yapmak amacıyla ovulasyon döneminde programlı olarak cinsel ilişkiye girmek zorunda olmak seksi zevksiz duruma getirerek çiftlerde stres yaratmaktadır (19,21,28,42,43). İnfertilite test ve tedavileri fiziksel, emosyonel ve ekonomik olarak stresli olabilir. Hem infertilite tedavisi görmek hem de kariyer yapmak çiftlerin stresini arttıran bir durumdur. İnfertil kadınlar erkeklere oranla daha fazla stres yaşamaktadırlar. Toplum içinde çocuk sahibi olamamanın baskısını ve eksikliğini daha fazla duymaktadırlar (16,18,25,32,43). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda yapılan araştırmalar, yaşamı tehdit eden kanser ve kalp hastalıklarına benzer stres düzeyleri bildirmektedirler. Erkek ise infertilite nedeni kendisinde belirlendiği zaman daha çok stres yaşamaktadır (38).

Anksiyete

Yapılan bazı araştırmalar infertilitenin çiftlerde anksiyeteye yol açtığını belirtmektedir. Özellikle infertilite tanısının konulduğu ilk dönemlerde, nedeni bilinmeyen infertilite durumunda, tedavinin başarısı konusunda ve infertilitenin süresi uzadıkça anksiyetelerinin arttığı belirtilmektedir (2,23,47,48) .

2.6. İNFERTİLİTEDE DEPRESYON VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

Depresyon, biyolojisi, genetiği, tedaviye verdiği yanıt ve prognozu açısından karmaşık ve heterojenlik gösteren bir duygu durumudur. Depresyon belirtileri, metabolizmik, duygusal/bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkar. Bu belirtiler: uyku ve iştah bozuklukları, somatik belirtiler, karamsarlık, benliğe ilişkin olumsuz duygular, genel doyumsuzluk, sevgi ve ilgi kaybı, ağlama nöbetleri, benlik saygısının azalması, olumsuz beklentiler, kendini eleştirme, suçlama, karar vermede güçlükler, umutsuzluk, motivasyon kaybı, kaçma, çekilme ve intihar düşünceleridir (49).

Depresyon, zorlayıcı yaşam olayının nasıl olduğuna bağlı olarak kriz durumunda ortaya çıkabilir. Depresyon çeşitli bedensel hastalıklarda hastalığa bir tepki olarak görülebilir ve intihar davranışıyla ilişkili olarak da yaşamı ciddi şekilde tehdit eden bir sorun niteliğinde ortaya çıkabilir. Depresyonun şiddetinde bilişsel süreçler önemli rol oynar. Bireyler depresif duygular içindeyken depresyonun şiddeti arttıkça, kişinin olumsuz düşüncelere sarılma ve olumsuz yaşantılarla bağlantılarını kurmak daha da kolaylaşır (50).

Depresyon, sıklıkla hoş olmayan yaşam durumlarına karşı, özellikle bir kayba karşı verilen ve kriz durumunda ortaya çıkan bir tepkidir. İnfertilite, çiftler için bir yaşam krizidir ve bu krizi çözümleyemediği zaman depresyon ve yas görülür (29).

İnfertiliteye bağlı olarak, yetersizlik, kendini değersiz hissetme, güçsüzlük, pek çok şeye karşı ilgi ve istek kaybı, yaşamdan zevk alamama, sorunları çözmede güçlük ve depresyon ortaya çıkabilir (41). Depresyon infertilite ile ilişkili olarak ortaya çıkan yaygın bir tepkidir. İnfertilite nedeniyle hayallerini gerçekleştirememesi, çevrelerindeki insanların kendilerini anlamadığı duygusu ve çevrenin baskısı depresyona neden olabilmektedir. (14,19,35,42,43). İnfertilite ve tedavi süresi uzadıkça depresyon düzeyleri yükselir ve ciddi derecede depresyon bulguları ortaya çıkar (2,23). İnfertil kadınlarda depresif sendrom görülme sıklığı % 80 kadar çıkabilmektedir. İnfertil kadınların fertil kadınlara göre daha çok "depresif sendrom" özellikleri taşıdığı, infertil kadınlarda psikoz tanısının daha sık rastlandığı ve kişilik bozukluklarının daha sık olduğu ayrıca, infertil kadınlarda fertil olanlara göre intihar olgularının iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir (31). Kutluk ve ark yaptıkları çalışmada İnfertil kadınların (% 50.9), fertil kadınlara göre (% 22.3) daha depresif olduğunu

belirtmiştir (51). Kadın özellikle her menstruasyon oluşunda üzüntüyle umutlarının kaybolduğunu hisseder ve ağlama nöbetleri ile birlikte depresyon artar (19,35,43). Infertilite tedavisinde kullanılan hormon ilaçları da depresyona neden olabilir (46). Bu nedenlerden dolayı infertilitede depresyon, başa çıkılması gereken önemli bir sağlık sorunudur.

Baş çıkma, bireyin kendisi ve stres verici olaylara karşı direnmesini belirten, söz konusu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği davranışsal ve duygusal tepkilerin tümüdür. Lazarus ve Folkman'a göre "baş çıkma davranışı, insanın gücünü aşan, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır". Baş çıkma, bilişsel ve davranışsal stratejilere dayanan, bireye özgü bir nitelik taşır (52,53). Baş çıkma, psikolojik stres durumunda ortaya çıkar ve problemi çözme gücünü ölçmeyi, problem ile ilgili bilgi araştırmayı ya da kendi kendine dikkatini başka yöne yöneltmeyi içerir. Baş çıkma yolları, stres ile baş çıkmak için herhangi bir zamanda bireyler tarafından sırasıyla ya da çeşitli şekillerde kullanılır. Başarılı bir baş çıkma ile bireyler, problemi inkar etmekten vazgeçerek, yüzleşir, Sonuç olarak kendine güveni gelişir, anksiyetesi azalır ve bireysel algılaması gelişir (53).

Literatürde baş çıkma yolları çeşitli şekillerde gruplandırılmaktadır.

Callan ve Hennessey "İnfertilite ile Baş Çıkma Stratejileri" konulu çalışmalarında Folkman ve Lazarus'un sınıflandırmasına göre sınıflandırmıştır (53,54). Bunlar;

1. Değerlendirmeye yönelik baş çıkma yolları
2. Probleme yönelik baş çıkma yolları
3. Duyguya yönelik baş çıkma yolları

Değerlendirmeye yönelik baş çıkma yolu, Folkman ve Lazarus'un bilişsel değerlendirme modeline göre, stres verici bir olay ya da durum ile karşılaşan birey, bu stres vericinin stres olup olmadığına yaptığı birincil değerlendirme ile karar verir. Organizmanın içinde bulunduğu durumu, sorun yaratıcı olarak saptamasından sonra bunun üstesinden gelebilmek için ne yapabileceğini değerlendirmesine ise ikincil değerlendirme denir. Eğer organizmanın sorunun üstesinden gelmenin yollarını bulmaya gücü yetmiyorsa, bu durumda kişi problem durumunu yeni baştan ele

olarak değerlendirip başa çıkma yolları sağlamaya çalışmaktadır. Bu duruma da yeniden değerlendirme denilmektedir (52,53).

Probleme yönelik/etkili başa çıkma yolu (aktif başa çıkma yolu), durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serin, bilinçli çabaları içermektedir. Birey stres durumunun kontrol altına alabileceğine karar verir ve eyleme geçer. Aktif olarak daha fazla bilgi toplamayı ve problem çözmeyi içerir (52,53,55,56,57).

Duyguya yönelik (pasif)/etkisiz başa çıkma yolu, genellikle uzaklaşma (kaçınma), kendini kontrol etme, dikkati başka yöne çekme, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (53,55,57,58). Duyguya yönelik başa çıkma yolu ile birey durumun kontrol edilemeyeceğine, bu nedenle kabullenmeye karar verir. Stresli durumunun yarattığı olumsuz duyguları kontrol altına alıp olumlu bir yöne çekmeye çalışır (58). Probleme yönelik ve duyguya yönelik başa çıkma yöntemi aynı anda kullanılabilir, bireyden bireye değişik derecelerde ve nitelikte oluşabilir (55).

Callan ve Hennessey bu üç grup sınıflandırmaya ilaveten kişisel kaynaklı ve kişilerarası kaynaklı başa çıkma yolu olduğunu belirtmiştir. Kişisel (bireysel) kaynaklı başa çıkma yolu, çeşitli stres modelleri değişik bireysel farklılıklara işaret eder. İçsel kaynaklı kontrol ile dışsal kaynaklı kontrol sıklıkla çatışır. İçsel ve dışsal kaynaklı sorunlar bireylerin emosyonel uyumu ya da başa çıkma modelleriyle ilgilidir. İçerisi kapalı kişiliğe sahip kişiler daha az iyileşme gösterirken, uyumlu ve dengeli kişiliğe sahip kişilerde yaşam krizi ile başa çıkma daha iyidir (53).

Kişiler arası kaynaklı başa çıkma yolu (sosyal destek), bireylerin stresini yenme ve bireysel başa çıkmaya yardım etmek için temel oluşturur. Arkadaş ilişkileri sosyal destek grupları ve danışmanlık desteği ile stresli yaşam olaylarında daha iyi iyileşme görülür. Kişiler arası kaynaklı başa çıkma yolunda eşler, aile bireyleri, sağlık danışmanları, sosyal destek grupları ve ekonomik kaynaklar yer alır (53,58).

Bireyin bir yaşam krizi olarak infertilite tanısı ve tedavi sürecinde etkili bir şekilde başa çıkabilmesi, çocuk sahibi olmadan da buna yüklediği anlamları gerçekleştirebilmesiyle mümkündür. Bu da infertilite tanısı aldığı anda bireyin yaşı, gelişim dönemi, bilginin ne zaman ve nasıl verildiği, kişilik yapısı, önceden var olan sosyal destek kaynaklarına bağlı olarak etkili ya da etkili olmayan başa çıkma yollarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (27,53).

Alternatif çözüm arama aşamasında, bir çok infertil çift yaşamlarında değişiklik yaparak çocuksuz bir evliliği ya da evlat edinmeyi kabullenerek, planlarında değişiklik yapmayı bir başa çıkma yolu olarak seçebilir (27,35,53).

Duyguya yönelik başa çıkma yolu, devam eden infertilite tedavisinde bir şey yapılamayacağı düşüncesiyle, bireyin psikolojik sağlığını korumak için seçtiği bir başa çıkma yoludur. Birey, bu aşamada olayın etkilerini ifade etmeye başlayıp, infertilite probleminde, infertilitesini hatırlatan kişi ve objelerden uzaklaşabildiği oranda duygularını kontrol edebilecektir. Duyguların ifadesi yakın çevresindeki kişilere karşı öfke nöbetleri şeklinde ortaya çıkabilir. Infertil birey, problemini yakın çevresi dışında, ailenin gizliliğini korumak amacıyla paylaşmaktan kaçınırsa yalnızlık duygusu deneyimlemeye başlar. Eğer çocuk sahibi olamamaları, bencillik ve maddecilik gibi kişisel kimliğe yönelik olarak eleştirilirse, psikolojik bozukluklar ortaya çıkabilir (27,43,53).

Son aşamada, bilişsel teoriye göre infertiliteyi kabullenme, çiftlerin olası bir çocuğun kaybının yasını tuttıkları bir yoksunluk olarak tanımlanmaktadır. Kabullenmede, bireylerin kişilik özellikleri ve beklentilerinin rolü önemlidir (17,27,53).

2.7. İNFERTİL ÇİFTLERDE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

İnfertil çiftlerin bakım gereksinimlerini arttırmak ve hemşirelik girişimlerinin etkili olarak uygulayabilmek için standart hemşirelik tanıları geliştirilmiştir (10,11,24). Bu tanıları;

- 1.Seksüel anatomi ve fizyoloji ile ilgili bilgi eksikliği,
- 2.Seks oyunları ya da koital tekniklerle ilgili bilgi eksikliği,
- 3.İnfertil yaşam şekliyle başa çıkma konusunda bilgi eksikliği,
- 4.Gebe kalamamaya bağlı düşük benlik saygısı tutumu,
- 5.Tanılama aşamasının bilinmeyen sonuçlarıyla ilgili anksiyete ve stres,
- 6.Tanı testleri, tedavi prosedürü ve sonuçlarıyla ilgili anksiyete ve stres,
- 7.İnfertilite tedavisiyle ilgili karar çatışması,
- 8.Tedavi alternatifleriyle ilgili olan karar çatışması,
- 9.Prognozun yeterli açıklanamamasıyla ilgili olan keder,
- 10.Prognozu kontrol edememe ile ilgili olan güçsüzlük,

11. Tanılama testleri veya cerrahi ile ilgili olan ağrı,
12. Tıbbi olarak etkilenmiş sınırlı, sekonder libido kaybı ve seksüel örüntü değişikliği,
13. Infertil çiftlerin, yetersizlik ve benlik imajındaki azalmaya bağlı izolasyon,
14. Gerçek ya da hissedilen hayallerin kaybı ile ilgili keder,
15. Üremeye yardımcı tedavi uygulaması sırasında kullanılan yöntemler ile ilgili olan etkisiz başa çıkma,
16. Infertilite tanısı almaya bağlı aile sürecinde değişiklik ve iletişimin bozulması,

Hemşire öncelikle, teropatik iletişim tekniklerini kullanarak çiftlerle iletişim kurmalıdır. Burada en önemlisi empatik bir tutumla yaklaşmaktır. Hemşire çiftlerle profesyonel bir ilişki kurmalı ve konuyu tartışmak için uygun ortam yaratmalıdır. Infertil çiftlerin bir çoğu duygularını paylaşma gereksinimi duymaktadır. Infertil bireylere sorunlarını eşleri, aileleri, arkadaşları ve sağlık profesyonelleri ile de paylaşmasına izin verilmelidir. Hemşire-hasta ilişkisi profesyonel bir özelliğe sahip olduğu için çiftler, korku, gerilim ve anksiyetelerini paylaşmanın kişisel ilişkiyi bozmayacağını bilmesi nedeniyle daha rahat davranabilir (10,19,35).

Hemşire, çiftleri değerlendirirken kapsamlı öykü almalı, davranışlarını gözlemeli, kayıt tutmalı ve çiftleri birlikte ele almalıdır (10,11,19,24). Infertilitenin tanılama ve tedavi aşamasına her iki eşin katılımını sağlamalı ve bunun önemini vurgulamalıdır. Çünkü tanılama aşamasında daha çok kadına yönelik araştırma yapıldığı için kadın çoğunlukla kendini yalnız hissetmekte ve eşinin yanında olmasını istemektedir (7,28,29). Çiftleri birlikte ele almak, birbirlerine destek olmalarını ve güçlü hissetmelerini sağlayarak stresi azaltır.

Hemşire, çiftlere tıbbi yardım konusunda seçenekler sunmalı, infertilite problemi ile ilgili gerekli açıklamaları yapmalı ve doğru bilgi vermelidir. Bilgilendirme sırasında tedavi planının her aşaması anlatılmalıdır. Bilgi verme ve emosyonel destek çiftlerin anksiyetesini azaltır. Infertilite tanısı konulduğu andan itibaren çiftlerin kafalarında onlarca soru oluşur. "Hangi tanılama testleri yapılacak, nasıl yapılacak, ağrı duyacak mıyım, tedavi sırasında hangi ilaçları kullanacağım, ilaçların yan etkileri nelerdir, tedavinin başarı oranı nedir, tedavi ünitesinde şimdiye kadar kaç kişi gebe kaldı" gibi pek çok soru sorarlar. Bazıları da bu soruları düşündüğü halde sormaya çekinirler. Hemşire çiftlerin sorularını doğru ve yeterince yanıtlamasının yanında geri bildirim almalı ve geri bildirimde bulunmalıdır (10,19,43).

Genellikle infertiliteden kadınlar daha çok etkilenirler. Öfke, kıskançlık gibi duyguları daha yoğun yaşarlar. Bu nedenle de uyumları bozulur. Buna bağlı olarak suçlanma ve depresyon ortaya çıkar. Kronik stres ile karşılaşan pek çok kişinin aynı sorunları yaşadığı çiftlere anlatılarak kendilerini suçlamaları önlenmelidir (43).

İnfertil bireyler, infertiliteyi benlik saygılarına yönelik bir darbe, özel yaşamlarına saldırı ve eşitlik duygularına hakaret olarak algılarlar. Üreme yeteneği gösteremedikleri için bedenlerini eksik kusurlu ve değersiz hissederler. Hemşire benlik saygının düşük olduğunu belirlediği infertil bireyde/eşde, benlik saygısının azalmasına yol açan kişisel ve sosyal algıları yeniden düzenlemelidir (5).

Hemşire, infertilite tanılama ve tedavi süreci boyunca ortamın uygunluğunu sağlamalı ve korumalıdır. Tedavi ve muayene odası sıcak ve bireyin gizliliğini koruyucu özellikte olmalıdır. Kadınlara uygulanacak tıbbi malzemenin steril olması ve irrite etmeyecek sıcaklıkta ılık olmasını sağlamalı ve enfeksiyonlardan korumalıdır (19,28,35).

Hemşire çiftlere duygusal destek için aile içi etkileşimlerini gözlemeli ve gözlemlerini çift ile paylaşmalıdır (13). İnfertil olan eş, genellikle kendini diğer aile üyelerinin ve toplumun baskısı altında hisseder. Eğer infertil olan kadın ise, diğer aile üyeleri tarafından suçlanma ve tacize maruz kalabilir. Eşler arasında evliliği sonlandırma gündeme gelebilir. Bunun yanında erkek kuma getirebilir. Bütün bunlar kadında birer psikolojik travmadır ve özkıyım neden olabilir (43). Hemşire bu durumu önlemek için depresyon ve özkıyım belirtilerini gözlemelidir.

Hemşire bireysel başa çıkma davranışlarıyla ilgili bilgi vermeli ve çiftlerin kendi başa çıkmaları hakkında geri bildirimde bulunmalıdır. Eğer çiftler, başa çıkma yolunu başarılı olarak başlatmışsa hemşire bunu desteklemelidir. Eğer başa çıkma ile ilgili sorun yaşıyorsa veya başa çıkmaları yetersiz ise önerilerde bulunmalıdır. Çiftlerin başarılı bir şekilde başa çıkamadıkları durumlarda infertiliteyi kabullenmesi ve başka uğraşlar edinmesi sağlanarak, dikkati ve ilgisi başka yöne kanalize edilmelidir (19). Bunlara ilaveten grup terapilerine katılmaları sağlanabilir. Grup terapilerinde bireyler birbirlerini daha iyi anlamakta, yalnızlık duygusu, kimsenin kendisini anlamadığı düşüncesi azalmakta ve grup ile birlikte etkili başa çıkma yolları geliştirebilmektedir.

Hemşire, infertilite destek grupları oluşturarak çiftlerin destek gruba katılmalarını sağlamalıdır. Eğer önceden oluşturulmuş bir infertilite destek grup varsa

bu gruba katılmaları konusunda yönlendirilmelidir. Infertil çiftler, başkalarıyla birlikte olmayı ve duygularını paylaşmayı yararlı bulmaktadır (10,19,28,29).

Hemşire, çiftlerin kontrol/güç kazanmasını sağlayıcı girişimlerde bulunmalıdır. Çiftleri olası kaynakların tümüne ulaştırmalıdır. Çiftler aynı zamanda tedavi giderleri, zaman ve olumlu bir sonuç konusunda neler beklemeleri gerektiğini bilmek isterler. Tedavi planında eşler kontrol sahibi yapılmalıdır. Hangi tedavi prosedürü uygulanacağı kararına onlar da katılmalıdır. Çiftler bir tedavi türünü ekonomik, ahlaki, dinsel nedenler veya rahatsızlık korkusuyla kabul etmeyebilir. Bazı çiftler ise tedaviyi bırakma ve yaşamlarını olduğu gibi kabul edip yaşamaya karar verebilirler. Tedavinin başlangıcında bir zaman çatısı oluşturacak informal bir anlaşma yararlı olabilir (19,24,35).

Formal, informal danışma ve destek önemlidir. Ancak çiftler sorunlarını yalnız yaşamak zorunda kalırlar. Eşler, yaşadığı umut ve umutsuzluk tepkilerini başkalarıyla rahatlıkla paylaşamazlar. Keder/yas duygusu bireyseldir ve büyük olasılıkla sürecin ilerlemesi de bireyseldir. Hemşire, bu aşamada bireye yasını yaşamasına izin vermelidir. Fakat bu sürecin uzamasının bireye zarar vereceğini bilmelidir. Yas sürecinde yalnızca dinleyerek bile en iyi yardımı yapmış olabilir (19,24).

Hemşire, çiftlere eğitim vermeli ve danışmanlık yapmalıdır. Eğitim, danışmanlık ve psikolojik yardım bireylerin yaşam kalitesini yükseltir. Hemşire özellikle, Kişilik değişiklikleri, içe kapanıklık, arkadaş kaybı, evlilik ve cinsel sorunu olan bireylerde aşırı ağlama, uyku, iştah değişiklikleri, iş sorunları ortaya çıktığında psikiyatrik yardım almaya yönlendirmelidir. Buna ilaveten infertilite ile ilgili yazılı kaynaklara ulaşmayı da sağlamalıdır (19,43).

Hemşire, çiftlere stresi azaltan davranış ve yöntemler konusunda bilgi vermelidir. Bunlar; fertil olmayan günlerde de aşk yapmak, sürekli gebe kalmaya çalışma çabalarını bırakmak, gevşeme ve solunum egzersizleri yapmak, transdantal meditasyon ve hipnoterapi yapmak, aşırı alkol, sigara ve diğer uyarılardan uzak durmak olabilir. Belirtilen bu yöntemlerle bireylerde anksiyete ve depresyon ölçeklerinde belirgin düşüşler ve gebelik oranlarında artış belirlenmiştir (43,60).

Hemşire ve ekibin diğer üyeleri, eğer tedavi umudu yoksa çiftlere boş yere umut vermemeli, tedavinin ekonomik ve zaman maliyeti konusunda gerçeği söylemelidir. Üremeye yardımcı tedavi uygulandıktan sonra gebelik oluşmadı ya da

oluşup, kaybedildiyse de tedavi ekibiyle ilişkisini sürdürmesini sağlamalıdır. Çiftlere hazır olduğu zaman, eğer isterlerse evlat edinme alternatifi ve prosedürü, geleceğe yönelik planlar ve çocuksuz bir yaşam konusunda seçenekler sunmalıdır (10,11,24,35).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine infertilite tedavisi için başvuran infertil çiftlerin depresyon durumlarını belirlemek ve depresyon durumlarına göre kullandıkları başa çıkma yollarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasından önce Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanlığı'ndan yasal izin alınmış ve Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi Konsey kararı ile verilerin toplanmasına başlanmıştır.

Bu ünite toplam 3 hemşire, 08.00-17.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Ünite haftanın her günü açık olup, hafta sonu ve resmi tatillerde 1 hemşire çalışmaktadır. Ünite poliklinik olarak çalışmakta olup yataklı birim bulunmamaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde tanılama, tedavi ve izleme işlemleri yapılmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine infertilite tanısıyla, tedavi olmak için başvuran çiftler oluşturmuştur. Üniteye 1998 yılında baş vuran toplam çift sayısı 2500 olup IVF-ICSI (In Vitro Fertilizasyon ve Intra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu) uygulama sayısı 275, IUI (Intra Uterin İnseminasyon) uygulama sayısı 364'dür. Toplam uygulama sayısı ise 639'dur.

3.3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde tedavi görmekte olan 130 infertil çift

olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Bu sayı bir yıl önce (1998 yılında) yardımcı üreme tekniği uygulanmış olan, toplam 639 çiftin % 20'sini oluşturmaktadır (61). Araştırmanın kapsamına, araştırmaya katılmayı kabul eden, en az ilkokul mezunu, okuduğunu anlayabilen, kesin infertilite tanısı almış, daha önce en az 1 kez üremeye yardımcı tedavi uygulanmış, primer ve sekonder infertil çiftler alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla; I. Örnekleme alınan çiftlerin sosyo-demografik özelliklerini ve klinik öyküsünü tanımlayan Anket Formu (Ek I), II. Depresyon durumlarını belirlemek için Beck Depresyon Envanteri (Ek II), III. Infertilite ile başa çıkma yollarını incelemek için Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği (Ek III) kullanılmıştır.

Üç form için 15 çift ile ön uygulama yapılmış ve anket formuna 1. soru (Daha önce çocuk sahibi olma durumuna ilişkin) eklenmiştir. Diğer soruların anlaşılmasının ve yanıtlanmasının güç olmadığı görülmüştür.

3.4.1. Sosyo-demografik Özellikler ve Klinik Öyküye İlişkin Tanımlayıcı Anket Formu

Araştırma kapsamına alınan infertil çiftlerin sosyodemografik özellikleri ve klinik öyküsünü tanımlamak amacıyla literatüre dayalı olarak geliştirilen 11 sorudan oluşan tanımlayıcı anket formu hazırlanmıştır. Bu bölümde eşlerin daha önce çocuk sahibi olma, yaş, öğrenim ve çalışma durumu, aile tipi, oturulan bölge, Infertilite sorununun kime ait olduğu, infertilite ve tedavi süresi, yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısına ilişkin sorular yer almaktadır.

3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDI 1978 Formu)

Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. BDI'deki her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Sıfır'dan (0) üç'e (3) kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler, depresyonun görünümüne ilişkin olup,

etiyojolojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler: depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı/kilo alma, somatik şikayetler ve libido kaybıdır (49).

Beck Depresyon Envanteri'nin iki formu vardır. Bunlardan birincisi 1961 yılında geliştirilmiştir ve hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği 21 maddelik orijinal formudur. İkincisi ise, 1978 yılında geliştirilmiş olan ve grup uygulaması yapılabilecek olan 21 maddelik formudur. Bu araştırmada kullanılan Beck Depresyon Envanteri 1978 formudur (49,62).

Beck Depresyon Envanteri'nde klinik depresyonu belirlemek için kabul edilen kesme notası 17 dir. 17 ve üstündeki puanların, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırtdebildiği görülmüştür (49,62).

Şahin'in yapmış olduğu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin iki yarım güvenirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur (49,62). Bu araştırmanın Cronbach Alpha Değeri = 0.87 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Yolları ölçeği (SBYÖ)

Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği Lazarus ve Folkman tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Orijinal adı "Ways of Coping Inventory"olan ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması ve psikometrik değerlendirmesi Şahin tarafından yapılmıştır (57). Şahin'in çalışmasında SBYÖ gerek faktör yapısı, gerekse madde sayısı bakımından orijinaline kıyasla önemli değişiklikler göstermektedir. Bu nedenle ölçeğin Lazarus ve Folkman'dan esinlenilmesi dışında ülkemize özgü bir ölçek olduğu belirtilmiştir. 30 maddeden oluşan bu yeni ölçek dört dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçek kendi içinde beş alt boyuta ayrılmıştır. Alt ölçekler; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvensiz Yaklaşım (Çaresiz Yaklaşım), Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımıdır. Her alt ölçeğe ait maddelerden alınan puanlar, madde sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Bunlar; Sosyal Destek Arama boyutunun 1 ve 9. maddeleri dışında; hiç uygun değil 0 puan, Uygun değil 1 puan, uygun 2 puan, tamamen uygun 3 puan olarak puanlanmıştır. Sosyal Destek Arama alt ölçeğinde 1

ve 9. maddeler; hiç uygun değil 3, uygun değil 2, uygun 1, tamamen uygun 0 puan olarak hesaplanmıştır (56,57,63) .

Alt ölçeklerin içerdiği maddeler:

Kendine Güvenli Yaklaşım

Bir sıkıntımda olduğunda;

8-Olay/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.

10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.

14-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.

16-Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.

20-Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.

23-Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm.

26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.

İyimser Yaklaşım

Bir sıkıntımda olduğunda;

2-İyimser olmaya çalışırım.

4-Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.

6-Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.

12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.

18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.

Kendine Güvensiz Yaklaşım

Bir sıkıntımda olduğunda;

3-Bir mucize olmasını beklerim.

7-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.

11-Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.

19-Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.

22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.

25-"Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.

27-"Benim suçum ne?" diye düşünürüm.

28-"Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.

Boyun Eğici Yaklaşım

Bir sıkıntımda olduğunda;

5-"Başa gelen çekilir" diye düşünürüm.

13-"İş olacağına varır" diye düşünürüm.

15-Problemin çözümü için adak adanırım.

17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.

21-Mücadeleden vazgeçerim.

24-Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.

Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Bir sıkıntımda olduğunda;

1-Kimsenin bilmesini istemem.

9-İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.

29-Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım

30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.

Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek Arama Yaklaşımı etkili/probleme yönelik başa çıkma yolu, Kendine güvensiz ve Boyun Eğici ise etkisiz/duyguya yönelik başa çıkma yolu olarak değerlendirilmektedir (57,58).

Ölçeğin güvenirlik katsayılarının uygunluğu, faktör yapısının özelliği, alt ölçeklerin çeşitli yöndeki ilişkileri nedeniyle başa çıkma yöntemlerini ölçmek için kullanılacak güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmektedir (56,57).

Çeşitli araştırmalarda SBYÖ'nin faktör analizine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerinin cronbach alpha güvenirlik katsayıları aşağıda belirtilmektedir (57).

	<u>1.Çalışma</u> (N=575)	<u>2.Çalışma</u> (N=426)	<u>3.Çalışma</u> (N=232)
Kendine Güvenli yaklaşım	0.80	0.77	0.62
İyimser Yaklaşım	0.68	0.66	0.49
Çaresiz Yaklaşım	0.73	0.64	0.68
Boyun Eğici yaklaşım	0.70	0.72	0.47
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	0.47	0.45	-

1.Çalışma, Bilkent, ODTÜ ve Ankara Üniversitesi'nin değişik bölümlerinden 575 öğrencide yapılmıştır.

2.Çalışma, çeşitli özel ve kamu bankalarında çalışmakta olan 226'sı kadın, 198'i erkek toplam 426 kişide yapılmıştır.

3.Çalışma, Ankara'da oturan 157'si kadın, 75'i erkek olmak üzere toplam 232 kişide yapılmıştır.

Bu araştırmanın cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.66 olarak bulunmuştur.

Alt ölçeklerin cronbach alpha güvenirlik katsayısı ise;

Kendine Güvenli Yaklaşım alpha değeri = 0.76

İyimser Yaklaşım alpha değeri = 0.69

Kendine Güvensiz(Çaresiz)Yaklaşım alpha değeri = 0.74

Boyun Eğici Yaklaşım alpha değeri = 0.73

Sosyal Destek Arama Yaklaşımı alpha değeri = 0.55

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Veri toplamak için çiftlere tanımlayıcı anket formu, Beck Depresyon Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Yolları ölçeği, Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine baş vuran ve en az bir kez yardımcı üreme tekniği uygulanmış olan çiftlere, 10.03.2000-10.11.2000 tarihleri arasında saat 08.00-18.00 arasında uygulanmıştır.

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Uygulama eşlerle ayrı ayrı ve yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 8.0 paket programda yüzdellik, t-testi ve korelasyon testi ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde infertil çiftlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı, ikinci bölümde infertil çiftlerin bazı özelliklerine göre dağılımı, üçüncü bölümde infertil çiftlerin depresyon durumları ve bazı değişkenler ile ilişkisi, dördüncü bölümde infertil çiftlerin depresyon durumu ile kullandıkları başa çıkma yollarının incelenmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Kadın		Erkek	
Yaş grupları	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	13	10.00	1	0.76
25-29 yaş	34	26.15	13	10.00
30-34 yaş	36	27.69	38	29.24
35-39 yaş	41	31.54	54	41.54
40-58 yaş	6	4.62	24	18.46
Eğitim Durumu				
İlkokul	61	46.90	33	25.40
Orta okul	10	7.70	12	9.22
Lise	31	23.80	39	30.00
Üniversite	28	21.60	46	35.40
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	49	37.69	115	88.46
Çalışmıyor	81	62.31	15	11.54
Toplam	130	100.0	130	100.0

Tablo 1'de İnfertil çiftlerin yaş, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması $\bar{x} = 31.58 \pm 5.06$, erkeklerin yaş ortalaması $\bar{x} = 35.63 \pm 5.39$ olarak bulunmuştur. Kadınların % 31.53'ü ve erkeklerin % 41.53'ü 35-39 yaş grubundadır. Kadınların % 46.90'ı ilkokul ve % 21.60'ı üniversite mezunu iken; erkeklerin % 25.38'nin ilkokul ve % 35.40'ının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların % 37.69'nun, erkeklerin % 88.46'sının gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 2. İnfertil Çiftlerin Aile Tipi ve Oturulan Bölgeye Göre Dağılımı

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek Aile	116	89.20
Geniş Aile	14	10.80
Oturulan Bölge		
İl	71	54.62
İlçe	43	33.08
Köy	16	12.30
Toplam	130 çift	100.0

Tablo 2'de İnfertil çiftlerin aile tipi ve oturdukları bölgeye göre dağılımları gösterilmiştir. İnfertil çiftlerin % 89.2'sinin çekirdek aile yapısında, % 54.61'nin il merkezinde oturduğu belirlenmiştir.

4.2. İnfertil Çiftlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 3. İnfertil Çiftlerin , İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi, Yardımcı Üreme Tekniği Uygulanma Sayılarına Göre Dağılımı

İnfertilite Süresi	Sayı	%
1-5 yıl	56	43.08
6-10 yıl	47	36.15
11-15 yıl	17	13.08
16-22 yıl	10	7.69
İnfertilite Tedavi Süresi		
1-4 yıl	101	77.70
5-9 yıl	21	16.15
10-14 yıl	8	6.15
Yardımcı Üreme Tekniği Uygulanma Sayısı		
Bir kez	67	51.53
İki kez	22	16.92
Üç kez ve üzeri	41	31.53
Toplam	130 Çift	100.0

Tablo 3'de infertil çiftlerin infertilite süresi, yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı ve tedavi süresi görülmektedir. İnfertil çiftlerin ortalama infertilite süresi daha çok (% 43.08) 1-5 yıl olup, ortalama infertilite süresinin $\bar{x} = 7.28 \pm 4.58$ yıl olduğu saptanmıştır. Çiftlerin tedavi süresi daha çok (% 77.70) 1-4 yıl olup, ortalama tedavi süresinin $\bar{x} = 3.15 \pm 2.96$ yıl olduğu saptanmıştır. Çiftlerin yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı daha çok (% 67) bir uygulanmış olup, ortalama yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısının $\bar{x} = 1.80 \pm 0.89$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Tanılarına Göre Dağılımı

İnfertilite Tanısı	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Primer İnfertilite	122	93.80	115	88.40
Sekonder İnfertilite	8	6.20	15	11.60
Toplam	130	100.0	130	100.0

Tablo 4'de infertil çiftlerin infertilite tanısına göre dağılımı gösterilmiştir. Kadınların % 93.8'inin primer infertil % 6.2'inin sekonder infertilite , erkeklerin % 88.4'ünün primer infertilite ve % 11.6'sının sekonder infertilite tanısı aldığı görülmektedir.

Tablo 5. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Faktörüne Göre Dağılımı

İnfertil Olan Eş	Sayı	%
Kadın faktörü	80	30.77
Erkek faktörü	45	17.30
Kadın ve erkek faktörü	52	20.00
Açıklanamayan infertilite faktörü	83	31.93
Toplam	260	100.0

Tablo 5'de infertil çiftlerin infertilite nedeni sorularak alınan yanıtlara göre dağılımı incelendiğinde çiftlerin % 31.93'sinde açıklanamayan infertilite, % 30. 77'sinin kadın faktörlü, % 20'sinin her iki eş ve %17. 30'unun erkek faktörlü olduğu belirlenmiştir.

4.3. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Bazı Değişkenler İle İlişkisi

Tablo 6. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumlarına Göre Dağılımı

Depresyon Puanı	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
17'nin altı	87	66.90	117	90.00
17 ve üstü	43	33.10	13	10.00
Toplam	130	100.0	130	100.0

Tablo 6'da infertil çiftlerin depresyon puanlarına göre dağılımı gösterilmiştir. İnfertil kadınların % 33.10'unda, erkeklerin % 10'unda 17 ve üstünde oldukları belirlenmiştir. 17 ve üstünde puan alanlar depresyon olarak kabul edilmektedir.

Tablo 7. İnfertil Çiftlerin Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	$\bar{x}$	ss	t	P
Kadın N=130	12.77	9.09	5.80	0.00
Erkek N=130	6.73	7.62		

Tablo 7'de infertil kadın ve erkeklerin depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Kadınların depresyon puan ortalamaları ($\bar{x}$ =12.77 , ss = 9.09) erkeklerin puan ortalamalarından ($\bar{x}$ = 6.73, ss = 7.62) daha yüksek olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t = 5.80, p = 0.00).

Tablo 8. İnfertil Çiftlerin Depresyon Puanı İle Yaş, Eğitim Durumu, İnfertilite Süresi, Tedavi Süresi, Yardımcı Üreme Tekniği Uygulanma Sayısı Arasındaki İlişki

Değişkenler	Kadın (N =130)	Erkek (N =130)
	Depresyon	Depresyon
Yaş	$r = - 0.304$ $p = 0.000$	$r = - 0.021$ $p = 0.814$
Eğitim Durumu	$r = - 0.342$ $p = 0.000$	$r = - 0.087$ $p = 0.326$
İnfertilite Süresi	$r = 0.057$ $p = 0.516$	$r = 0.162$ $p = 0.066$
Tedavi Süresi	$r = 0.086$ $p = 0.329$	$r = 0.047$ $p = 0.598$
Yardımcı Üreme Tekniği Uygulama Sayısı	$r = - 0.008$ $p = 0.932$	$r = 0.153$ $p = 0.083$

Tablo 8'de infertil çiftlerin depresyon puanı ile yaş, eğitim durumu, infertilite süresi, tedavi süresi ve yardımcı üreme Tekniği uygulanma sayısı arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Yapılan korelasyon analizinde,kadınların depresyon puanı ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.304$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile eğitim durumu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.342$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile infertilite süresi, İnfertilite tedavi süresi ve yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan korelasyon analizinde erkeklerin depresyon puanı ile yaş, eğitim durumu, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi ve yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

4.4. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumu İle Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi

Tablo 9. İnfertil Çiftlerin Cinsiyetlere Göre Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının Karşılaştırılması

Başa Çıkma Yolları	Kadın (N=130)		Erkek (N=130)		t	P
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss		
Kendine güvenli Yaklaşım	2.03	0.32	2.11	0.33	- 2.03	0.043
İyimser Yaklaşım	1.87	0.37	2.06	0.35	- 4.34	0.000
Kendine Güvensiz Yaklaşım	1.55	0.41	1.28	0.46	4.86	0.000
Boyun Eğici Yaklaşım	1.43	0.46	1.30	0.50	2.22	0.027
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	1.73	0.42	1.70	0.44	0.46	0.644

Tablo 9'da infertil çiftlerin cinsiyetlerine göre kullandıkları başa çıkma yolları arasındaki fark gösterilmiştir.

Kadınların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları ($\bar{x} = 2.03$, $ss = 0.32$), erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamalarından ($\bar{x} = 2.11$, $ss = 0.33$) daha düşük olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = - 2.03$, $p = 0.043$).

Kadınların iyimser yaklaşım puan ortalaması ($\bar{x} = 1.87$, $ss = 0.37$) erkeklerin iyimser yaklaşım puan ortalamalarından ($\bar{x} = 2.06$, $ss = 0.35$) daha düşük olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = - 4.34$, $p = 0.000$).

Kadınların kendine güvensiz yaklaşım puan ortalaması ($\bar{x} = 1.55$, $ss = 0.41$), erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamasından ($\bar{x} = 1.28$, $ss = 0.46$) daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t = 4.86$, $p = 0.000$).

Kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ($\bar{x} = 1.43$, $ss = 0.46$), erkeklerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamasından ($\bar{x} = 1.30$, $ss = 0.50$) daha yüksek olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = 2.22$, $p = 0.027$).

Kadınların sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması ($\bar{x} = 1.73$, $ss = 0.42$) ile erkeklerin sosyal destek arama puan ortalaması ($\bar{x} = 1.70$, $ss = 0.44$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t = 0.46$, $p = 0.644$).

Tablo 10. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ile Kullandıkları Başa Çıkma Yolları Arasındaki İlişki

Başa Çıkma Yolları	Kadın (N = 130)	Erkek (N = 130)
	Depresyon	Depresyon
Kendine Güvenli Yaklaşım	$r = -0.341$ $p = 0.00$	$r = -0.306$ $p = 0.000$
İyimser Yaklaşım	$r = -0.352$ $p = 0.000$	$r = -0.312$ $p = 0.000$
Kendine Güvensiz Yaklaşım	$r = 0.548$ $p = 0.000$	$r = 0.337$ $p = 0.000$
Boyun Eğici Yaklaşım	$r = 0.328$ $p = 0.000$	$r = 0.214$ $p = 0.014$
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	$r = -0.279$ $p = 0.001$	$r = -0.311$ $p = 0.000$

Tablo 10'da infertil çiftlerin depresyon puanları ile kullandıkları başa çıkma yolları arasındaki ilişki görülmektedir.

Kadınların depresyon puanı ile kendine güvenli yaklaşım arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = - 0.341$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile iyimser yaklaşım arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = - 0.352$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile kendine güvensiz yaklaşım arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.548$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.328$, $p = 0.000$).

Kadınların depresyon puanı ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında negatif yönde (doğrusal olmayan) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = - 0.279$, $p = 0.001$).

Erkeklerin depresyon puanı ile kendine güvenli yaklaşım arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.306$, $p = 0.000$).

Erkeklerin depresyon puanı ile iyimser yaklaşım puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.312$, $p = 0.000$).

Erkeklerin depresyon puanı ile kendine güvensiz yaklaşım arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0.337$, $p = 0.000$).

Erkeklerin depresyon puanı ile boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.214$, $p = 0.014$).

Erkeklerin depresyon puanı ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = - 0.311$, $p = 0.000$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Akdeniz Üniversitesi Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine başvuran infertil çiftlerin depresyon durumları, bazı değişkenlerle depresyon arasındaki ilişki ve depresyon ile başa çıkma yolları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu bölümde dört ana bölümden oluşan bulgular tartışılmıştır.

5.1. İnfertil Çiftlerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Örneklem kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun (% 31.54), erkeklerin ise (% 41.54) 35-39 yaş grubunda oldukları belirlenmiştir (Tablo 1).

Örneklem kapsamına alınan infertil kadınların daha çok ilköğretim mezunu (% 46.9), erkeklerin üniversite mezunu (% 35.4) oldukları, kadınların % 37.69'nun, erkeklerin ise % 88.46'sının gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). İnfertil çiftlerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olduğu (% 89.20), daha çok il merkezinde oturdukları (% 54.62) belirlenmiştir (Tablo 2). İl merkezinde oturanların üremeye yardımcı tedavilerden daha çok haberdar olması ve ulaşımın daha kolay olması nedeniyle çoğunluğu (% 54.62) oluşturduğu düşünülebilir.

5.2. İnfertil Çiftlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

İnfertil çiftlerin infertilite süresinin daha çok 1-5 yıl (% 43.07), infertilite tedavi süresinin 1-4 yıl (% 77.69) arasında olduğu, yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısının ise daha çok bir defa uygulanmış (% 51.53) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Bu bulgulara göre infertil çiftlerin, infertilite tanısının konulmasını izleyen ilk yıllarda daha çok çözüm aradıkları düşünülebilir. Çiftler yardımcı üreme tekniği uygulamasını pahalı, ağrılı, güç ve stresli bir işlem olarak görmektedirler (16,17,19,30). Bu nedenle bir kez uygulama yaptırdıktan sonra tedavi olmaktan vazgeçmiş olabilirler. Bunun yanında tedavi ünitesini değiştirmiş veya çözüm bulmuş olabilirler.

İnfertil çiftlerin infertilite tanısına göre dağılımı incelendiğinde, kadınların

(% 93.80) ve erkeklerin (% 88.40) çoğunluğunun primer infertil olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

İnfertil çiftlerin infertilite faktörüne göre dağılımında ise daha çok açıklanamayan infertilite faktörü olduğu (%31.92) saptanmıştır (Tablo 5). Her iki eşte de görülen açıklanamayan infertilite sonucunun, eşler arasında uyum ve psikolojik nedenlerle ilişkili olabileceği düşünölebilir.

5.3. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 33.10 ve erkeklerin % 10'unda depresyon bulguları olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Draye ve ark. infertil çiftlerle yaptıkları çalışmada kadınların % 30'unda, erkeklerin % 20'sinde depresyon bulguları bulunduğunu belirtmişlerdir (25). Bu çalışmada depresyon bulguları saptanan kadın oranı Draye'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ancak depresyon bulguları saptanan erkeklerin oranının farklı olduğu görölmektedir. Bunun nedeni; bizim toplumumuzda erkeklerin duygularını açık ve rahat olarak ifade edememesine bağlanabilir. Tamkins'in belirttiğine göre Domar'ın çalışmasında da infertil kadınların % 30'unda depresyon bulunmuştur (63). Domar infertil kadınların % 37'sinde depresyon olduğunu belirtmiştir (64). Lukse ve arkadaşlarının infertilite tedavisi görmekte olan kadınlardan IVF tedavisi altında olan kadınların % 36'sında, ovulasyon indüksiyonu tedavisi altında olan kadınların % 34'ünde depresyon bulunduğunu belirtmiştir (65). Yapılan tüm çalışmalarda infertil kadınlardaki depresyon oranının erkeklerden daha fazla olduğu görölmektedir. Bu çalışmada da depresyon bulguları belirlenen kadınların oranı (% 33.10) erkeklere göre (% 10) daha yüksek olduğu bulunmuş olup, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Kadınların depresyon puan ortalamalarının ($\bar{x}$ =12.77), erkeklerin puan ortalamalarından ($\bar{x}$ = 6.73) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınlar ile erkeklerin depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (t = 5.80, p = 0.00) (Tablo 7). Bu sonuçlar Siva'nın infertil çiftlerde yapmış olduğu araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (27). Ancak Draye'nin araştırma sonuçlarından farklıdır. Draye, kadınlar ile erkeklerin depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığını belirtmiştir (25). Bu çalışmada kadın ve erkekler arasındaki anlamlı düzeydeki farkın nedeni; Türk toplumunda erkeklerin

duygularını açıkça ifade edememeleri olarak düşünülebilir. Veri toplama sırasında kadınların çok sık kullandıkları "Eşim aslında çok üzülüyor ama belli etmemeye çalışıyor" şeklindeki ifadeleri de bu farkın nedenine ilişkin yorumu desteklemektedir.

5.3.1. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Bazı değişkenler İle İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada yapılan korelasyon analizi sonucu, kadınların yaşları ile depresyon puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($r = - 0.304$, $p = 0.000$) (Tablo 8). İnfertil kadınların yaşı ilerledikçe depresyon puanları düşmektedir. Bu sonuca göre, kadınların yaşı ilerledikçe durumu kabullenmeleri artmakta ve yetişkin olarak belirli bir olgunluğa eriştikleri için olumsuz duygularla daha iyi başa çıkabildikleri söylenebilir. Demyttenaere' de yaptığı çalışmasında infertil kadınların yaşı ilerledikçe depresyon puanlarının düştüğünü belirtmiştir (66). Bu sonuç, bu çalışmada elde edilen bulguları desteklemektedir. Diğer araştırmalarda ise infertil kadınların yaşları ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (64,65,67).

Kadınların eğitim durumu ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düştükçe depresyon puanının yükseldiği görülmektedir ($r = - 0.342$, $p = 0.000$) (Tablo 8). Bu çalışmaya katılan kadınların % 46.9'u ilkokul mezunu olup eğitim düzeyi düşük olan grubu oluşturmaktadır. Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması nedeniyle bu konuda daha az bilgi edindikleri ve bunun yanında infertiliteye ilişkin uygun eğitim verilmemesine bağlı başa çıkmada yetersiz oldukları ve depresyon puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Çünkü; eğitim düzeyi yükseldikçe kadının ilgi alanları ve kendini kanıtlayacağı alanlar, meslek sahibi olma ve iş bulma şansı artmaktadır.

Kadınların infertilite süresi ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r = 0.057$, $p = 0.516$) (Tablo 8). Lukse ve ark. infertil kadınlarda infertilite süresi ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (65). Lukse ve arkadaşlarının bulguları, bu çalışmadaki bulguları desteklemektedir. Chiba ve arkadaşları, yaptığı çalışmalarında infertilite süresi 4 yıl ve üzerinde olan kadınların daha çok depresyon belirtileri gösterdiklerini belirtmiştir (23). Demyttenaere ise araştırmasında, infertil kadınların infertilite süresi

artıkça depresyon puanlarının azaldığını belirtmiştir (66). Domar, infertil kadınların depresyon puanı ile infertilite süresi arasında farklı bir sonuç olduğunu belirtmiştir. Infertilite süresi 2-3 yıl olan infertil kadınların depresyon puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu ve infertilite süresi 1 yıldan az ve 6 yıldan fazla olan kadınların depresyon puanlarının daha düşük olduğunu bulmuştur (64). Bütün çalışmalarda beklenenin aksine, infertilite süresinin uzamasının kadınların depresyon durumunu etkilemediğini göstermektedir.

Kadınların depresyon puanları ile infertilite tedavi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($r = 0.086$, $p = 0.329$) (Tablo 8). Domar ve arkadaşları ile Abbey ve arkadaşları infertilite tedavi süresi ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (64,67). Domar ve ark. ile Abbey ve arkadaşlarının araştırma sonuçları bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Kadınların depresyon puanları ile yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r = - 0.008$, $p = 0.932$). (Tablo 8). Domar ve ark., infertil kadınlar ile yaptığı çalışmasında da yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (64). Lukse ve Vacc da yardımcı üreme tekniği uygulama sayısı ile depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (65). Domar ve ark. ile Lukse ve Vacc'ın araştırma sonuçları, bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Demytenaere bunların tersine yardımcı üreme tekniği uygulama sayısı arttıkça depresyon puanının azaldığını belirtmiştir (66).

Yapılan korelasyon analizi sonucu erkeklerin yaşı ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r = - 0.021$, $p = 0.814$) (Tablo 8). Abbey ve arkadaşları, erkeklerin yaşı ile fertilite problem stresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (67). Abbey ve arkadaşları'nın araştırma sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Erkeklerin eğitim durumu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($r = - 0.87$, $p = 0.326$) (Tablo 8).

Infertil kadın ve erkeklerde eğitim durumu ve depresyon puanları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaya rastlanmadığı için hem erkek hem de kadınlardaki bu bulgular tartışılamamıştır.

Erkeklerin depresyon puanları ile infertilite süresi, tedavi süresi ve yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Abbey ve ark. infertil çiftler ile yaptıkları çalışmada infertilite tedavi süresi ile infertilite stresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (67). Abbey'in çalışmasındaki tedavi süresi ile ilgili sonuçlar, bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Terzioğlu ise, infertil çiftlerle yaptığı çalışmasında her iki cinsiyette de tedavi süresi arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığını belirtmiştir (2). Abbey ve ark. her iki cinsiyette de yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı ile infertilite stresi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (67). Abbey ve arkadaşlarının yardımcı üreme tekniği ile ilgili araştırma sonuçları bu çalışmanın bulgularını desteklememektedir.

5.4. İnfertil Çiftlerin Kullandıkları Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi

Bu çalışmada infertil çiftlerin kullandıkları başa çıkma yollarının incelenmesi sonucunda, kadınlar ve erkeklerin kullandıkları başa çıkma yolu olan kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t = - 2.03$, $p = 0.04$) (Tablo 9). Kadınların puan ortalamasının, erkeklerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasından daha düşük olduğu saptanmıştır. Edelman ve arkadaşlarının infertil çiftlerle yaptıkları çalışmada, kadınlar ve erkeklerin kullandığı başa çıkma yollarının birbirine benzerlik gösterdiğini saptamışlar ve her iki cinsiyetin de kullandığı başa çıkma yolunun doğrudan eylem (probleme yönelik başa çıkma yolu) olduğunu belirtmişlerdir (68). Bu çalışmada kadınların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarının erkeklerden daha düşük olmasının nedeni; kadınların çoğunluğunun eğitim düzeyinin erkeklerden daha düşük olması ve toplumumuzun sosyo-kültürel yapısının kadınları baskılayıcı özellikte olmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Kadın ve erkeklerde başa çıkma yolu olarak kullanılan iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t = - 4.39$, $p = 0.00$) (Tablo 9). Kadınların iyimser yaklaşım puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Lee ve ark. yaptıkları çalışmada kadınların daha çok sıkıntıyı paylaşma, erkeklerin ise daha çok "en iyisi olma" başa çıkma yolunu kullandıklarını belirtmişlerdir (69). Draye ve arkadaşları

yaptıkları çalışmada kadınlar ve erkeklerin probleme yönelik başa çıkma yolları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (25). Kendine güvenli ve iyimser yaklaşım probleme odaklı/etkili/olumlu başa çıkma yoludur (57). Bu çalışma bulgularına göre kadınların, erkeklere göre probleme yönelik başa çıkma yollarını daha az kullandıkları söylenebilir.

Sosyal destek arama yaklaşımını kullanım açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0.46$, $p = 0.64$) (Tablo 9). Draye ve arkadaşları (25), Prattke ve arkadaşları (32), Jirka ve arkadaşları (21) yaptıkları çalışmalarda sosyal destek aramada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Draye ve arkadaşları, Prattke ve arkadaşları, Jirka ve arkadaşlarının araştırma sonuçları bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Hirsch ve Hirsch'in yaptıkları bir çalışmada ise sosyal destek arama yaklaşımında cinsiyetler arasında bir fark olmadığını fakat infertilite süresi uzadıkça kadınların sosyal destek arama davranışını daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (20). Kadınlar ile erkekler, sosyal destek arama yaklaşımını kullanmada benzer davranışlar göstermektedir. Fakat, Edelman ve ark. infertil çiftlerle yaptıkları çalışmada erkeklerin sosyal destek arama yaklaşımını kadınlardan daha az kullandıklarını belirtmişlerdir (68).

Kadınlar ve erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım ile ilgili bulgular incelendiğinde; kadınların puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t = 4.8$, $p = 0.00$) (Tablo 9). Kowolcek ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınları erkeklerden daha çok duyguya yönelik başa çıkma yolunu kullandıklarını belirtmişlerdir (70).

Kadınlar ve erkeklerin boyun eğici yaklaşım bulguları incelendiğinde; kadınların puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = 2.22$, $p = 0.02$) (Tablo 9). Draye ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınlar ve erkeklerin kaçınma (sakınma/çekilme) yaklaşımı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğunu ve kadınların erkeklerden daha çok kaçınma (probleme yönelik olmayan başa çıkma) yolunu kullandığını belirtmişlerdir (25). Draye ve arkadaşları çalışma sonuçları bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Fakat, Nachtigall ve arkadaşları

infertil çiftlerle yaptıkları çalışmalarında kadınlar ve erkeklerin infertiliteye karşı tepkilerinde bir fark olmadığını belirtmişlerdir (26).

Kendine güvensiz/çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım, Şahin ve Durak tarafından etkisiz/pasif/duyguya yönelik başa çıkma yolu olarak tanımlanmıştır (57). Bizim araştırma bulgularımıza göre kadınların erkeklere göre duyguya yönelik/etkisiz başa çıkma yolu olan kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir.

5.4.1. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları İle Kullandıkları Başa Çıkma yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kadınların başa çıkma yolu olarak kullandığı kendine güvenli yaklaşım ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.341$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Kendine güvenli yaklaşım puanı azalırken, depresyon puanı artmaktadır. Prattke ve Sternas'ın çalışmalarında , infertil kadınların probleme odaklı başa çıkma yolu olan planlı problem çözme ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (32). Demyttenare ve arkadaşları çalışmada infertilite nedeni kadında olduğu zaman, depresyon puanı ile aktif başa çıkma yolu arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmiştir (66). Demyttenaere ve arkadaşlarının araştırma sonucu da bu çalışmayı desteklemektedir.

Kadınların iyimser yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.352$, $p = 0.000$) (Tablo 10). İyimser yaklaşım puanı azalırken, depresyon puanı artmaktadır. Prattke ve arkadaşları çalışmalarında depresyon puanı ile pozitif değerlendirme (olumlu bakış açısı geliştirme) yaklaşımı puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (32). Bu çalışmanın sonuçlarında da görüldüğü gibi depresyonun bireylerde olumsuz duygulara neden olduğu söylenebilir.

Kadınların sosyal destek arama yaklaşımı ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.279$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Kadınların sosyal destek arama yaklaşımı azaldıkça, depresyon puanları artmaktadır. Prattke ve arkadaşları çalışmalarında, kadınların depresyon puanlarıyla sosyal destek arama yaklaşımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (32). Draye

ve arkadaşları yaptıkları prospektif bir çalışmada, infertil kadınlarda depresyona bağlı olarak, yaşamlarının kontrolünü, benlik saygılarını ve eşlerinden aldıkları desteği zamanla kaybetmeye başladıklarını ve daha az sosyal destek aradıklarını belirtmişlerdir (25). Draye ve arkadaşlarının araştırması bu çalışmayı desteklemektedir.

Kadınların kendine güvensiz yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.548$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Kendine güvensiz yaklaşım puanı arttıkça depresyon puanı da artmaktadır. Prattke ve arkadaşları, çalışmalarında infertil kadınların depresyon puanları ile kaçma-sakinme ve mesafeli yaklaşım yolu (Probleme yönelik olmayan başa çıkma yolu) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (32). Siva da yaptığı çalışmasında depresyon puanı ile çaresiz (kendine güvensiz yaklaşım) yaklaşım arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (27). Demyttenaere ve arkadaşları çalışmalarında depresyon puanı ile depresif başa çıkma ve olumsuz duygular belirtme davranışı arasında pozitif yönde fakat anlamlı olmayan bir ilişki olduğunu belirtmiştir (66). Prattke ve ark., Demyttenaere ve arkadaşları ile Siva'nın araştırma sonuçları, bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Kadınların boyun eğici yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0.328$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Boyun eğici yaklaşım artarken aynı zamanda depresyon puanı da artmaktadır. Prattke ve arkadaşları yaptıkları çalışmada infertil kadınların depresyon puanı ile mesafeli yaklaşım ve sorumluluğu kabul etme (çocuk sahibi olamama nedenini kendinde arama) puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirtmiştir (32). Siva, Infertil çiftlerle yaptığı çalışmasında kadınların depresyon puanı ile kadercilik (boyun eğici) yaklaşımı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (27). Prattke ve arkadaşları ile Siva'nın araştırma sonuçlarının bu çalışmanın bulgularını desteklediği görülmektedir.

Erkeklerin kendine güvenli yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.306$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Kendine güvenli yaklaşım azaldıkça depresyon puanı artmaktadır. Pook ve arkadaşları infertil erkeklerde yaptıkları çalışmada infertilite distressi ile planlı problem çözme davranışı

arasında negatif yönde anlamsız bir ilişki olduğunu belirtmiştir (54). Pook ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarının bu çalışmayı kısmen desteklediği söylenebilir.

Erkeklerin iyimser yaklaşım puanı ile arasında depresyon puanı arasında negatif yönde (doğrusal olmayan) anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.312$, $p = 0.000$) (Tablo 10). İyimser yaklaşım puanı arttıkça depresyon puanı azalmaktadır. Pook ve arkadaşları yaptıkları çalışmada pozitif değerlendirme (olumlu/iyimser bakış açısı gösterme) yolu ile infertilite distressi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (54).

Kendine güvenli ve iyimser yaklaşım probleme yönelik başa çıkma yoludur (57). Pozitif değerlendirme (iyimser olma ve planlı problem çözme yolu) probleme yönelik başa çıkma yolu olarak belirtilmektedir (54). Buna göre, bu araştırmaya katılan infertil çiftlerin infertilite stresi ve depresyon ile başa çıkmada kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları; buna karşı problem çözmede kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarını daha az kullandıkları söylenebilir.

Erkeklerin sosyal destek arama yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.311$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Sosyal destek arama yaklaşım azaldıkça depresyon puanı artmaktadır. Pook ve arkadaşları çalışmalarında infertil erkeklerin infertilite distressi ile sosyal destek arama yaklaşımı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (54). Pook ve arkadaşlarının araştırma sonuçları bu çalışmayı kısmen desteklemektedir. Sosyal destek arama yaklaşımı da olumlu bir başa çıkma yolu olarak belirtilmektedir (50). Türk toplumunda infertilite problemi hala rahatlıkla konuşulup paylaşılamamaktadır. Infertilite problemi, diğer insanlardan, bazen en yakın akraba ve arkadaşlardan bile gizli tutulmaktadır. Bu şekilde gizleme- saklama davranışlarıyla, bireyler daha çok içe dönmekte ve sosyal izolasyon yaşamaktadırlar. Bunlara bağlı olarak sosyal destek isteyememekte ve alamamaktadırlar. Bunun sonucunda da depresyon daha çok artmaktadır.

Erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde (doğrusal) anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.337$, $p = 0.000$) (Tablo 10). Kendine güvensiz yaklaşım arttıkça depresyon puanı da artmaktadır. Pook ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, infertil erkeklerin infertilite distressi ile kaçma-

sakınma başa çıkma yolu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (54). Nachtigall ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında infertil erkeklerin rol yetersizliği ve düşük benlik saygısı ve kayıp duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir (26). Rol yetersizliği, düşük benlik saygısı ve kayıp duygusu yaşamaya bağlı olarak bireyler kendine güvensiz ve boyun eğici davranışlar gösterebilirler. Pook ve arkadaşları ile Nachtigall ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarıyla bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir.

Erkeklerin boyun eğici yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.214$, $p = 0.014$) (Tablo 10). Boyun eğici yaklaşım artarken depresyon puanı da artmaktadır . Pook ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada infertil erkeklerin infertilite distressi ile infertilite nedeninin kendisinden kaynaklandığını düşünme (sorumluluğu alma davranışı) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (54). Kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşım, duyguya yönelik/etkisiz başa çıkma yoludur (57). Kaçma- sakınma, sorumluluğu üstlenme/ mesafeli yaklaşım ve kendini kontrol etme davranışı da duyguya yönelik/ etkisiz başa çıkma yolu olarak kabul edilirse infertil çiftlerin problemi çözümede yetersizlik duyguları yaşadıkları düşünülebilir. Dhillon ve arkadaşları infertil erkeklerle yaptıkları çalışmada infertil erkeklerin duygusal olarak iyi olduklarını ve sağlıklı başa çıkma davranışı gösterdiklerini belirtmişlerdir (38). Dhillon ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarını bu çalışmanın bulguları ile karşılaştırdığımızda farklılık olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, ülkemizde henüz infertilitenin psikolojik yönüyle ilgili bakım ve hizmetlerin gelişmemiş olması, Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde infertilite destek grupları ve danışmanlık hizmetlerinin ileri düzeyde gelişmiş olmasına bağlı olduğu söylenebilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Akdeniz Üniversitesi Üremeye yardımcı Tedavi Ünitesinde infertil çiftlerin depresyon ve başa çıkma yollarının incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan kadınların %33.1 ve erkeklerin %10'unun depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmıştır.

- Kadınların depresyon puan ortalaması, erkeklerin depresyon puan ortalamasından daha yüksek olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$).

- Kadınların depresyon puanı ile yaş ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

- Kadınların depresyon puanı ile infertilite süresi, infertilite tedavi süresi ve yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

- Erkeklerin depresyon puanı ile yaş, eğitim durumu, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi ve yardımcı üreme tekniği uygulanma sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

- Kadınlar ile erkeklerin kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0.043$). Kadınların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur.

●Kadınlar ile erkeklerin iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0.000$). İnfertil kadınların iyimser yaklaşım puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur.

●Kadınlar ile erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0.000$). Kadınların kendine güvensiz yaklaşım puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek olarak bulunmuştur.

●Kadınlar ile erkeklerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0.027$). Kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.

●Kadınlar ile erkeklerin sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p = 0.644$).

●Kadınların kendine güvenli yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0.000$).

●Kadınların iyimser yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p = 0.000$).

●Kadınların kendine güvensiz yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p = 0.000$).

●Kadınların boyun eğici yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$).

●Kadınların sosyal destek arama yaklaşımı ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p = 0.000$).

●Erkeklerin kendine güvenli yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.000$).

●Erkeklerin iyimser yaklaşım ile depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p = 0.000$).

●Erkeklerin kendine güvensiz yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p = 0.000$).

●Erkeklerin boyun eğici yaklaşım ile depresyon puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = 0.014$).

●Erkeklerin sosyal destek arama yaklaşımı ile depresyon puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p = 0.000$).

6.2.Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve deneyimler doğrultusunda, konu ile ilgili olarak, öneriler aşağıda sunulmuştur.

- İnfertil çiftler, özellikle infertil kadınlar depresyon açısından değerlendirilmelidir.

- Eğitim düzeyi düşük ve genç yaş grubunda olan kadınlar depresyon bulguları yönünden ele alınmalı ve gözlenmelidir.

- Depresyon yönünden klinik bulgu gösteren infertil çiftler için psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

- İnfertil çiftler, aktif başa çıkma (probleme odaklı) yolları kullanmaları ve pasif başa çıkma yollarını kullanmaktan kaçınmaları için teşvik edilmelidir.

- İnfertil çiftler için infertilite destek grupları oluşturulmalı ve sosyal destek sistemleri güçlendirilmelidir.

Araştırmacılara öneriler

- Araştırmanın daha geniş ve farklı bir infertilite ünitesinde tekrarının yapılması,

- İnfertil çiftlerin, infertilite nedenine göre depresyon ve başa çıkma yolları incelenmesi,

- İnfertil çiftlerin depresyon durumları daha geniş örneklem grubu ile multidisipliner bir yaklaşım ile tekrarlanması,

- İnfertil çiftlerin depresyon durumları, kullanılan başa çıkma yollarına ilişkin deneysel ve daha uzun süreli araştırmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.....**Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu Üreme Hakları Bildirgesi.**
Ankara: Türkiye Aile Planlaması Derneği; 1997.
- 2.Terzioğlu F. **Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetlerinin Etkinliğinin İncelenmesi.** Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Hemşirelikte Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 1998.
- 3.Karanisaoğlu H. **İnfertil Kadınlarda Benlik Saygısı ve Psikososyal Sorunların İncelenmesi.** Hemşirelik Bülteni 1994; 31: 1-15.
- 4.Kağıtçıbaşı Ç. **İnsan Aile Kültür.** İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş.; 3. Basım, 1996.
- 5.Jonhson C.L. **Self-Esteem: Strategies and Intervention for the Infertile Women.** JOGNN 1996; 25(4): 291-295.
- 6.Yörükoğlu A. **Değişen Toplumda Aile ve Çocuk.** 5.Basım, Özgür Yayınları, İstanbul, 1997.
- 7.Halman L. J., Andrews F.M., Abbey A. **Cender Differences and Perceptions About Childbearing Among Infertility.** JOGNN, 1994; 23 (7): 593-599.
- 8.Daniluk J.C. **Infertility:Intrapersonal and Interpersonal Impact.** Fertility and Sterility1988; 49 (6): 982-990.
- 9.Bourgeois F.J., Mullin P.A., Veljovich D.S. **Obstetric and Gynaecology Recall.** USA: Waverly Company; 1997: 330-351.
- 10.Reeder S.J., Martin L.L., Koniak-Griffin D. **Maternity Nursing, Family, Newborn.** Eighteenth Edition, Lippincott, Philadelphia: Lippincott Company; 1997: 319-338.

11.Lowdwemilk D.L., Perry S.E., Bobak I.M. Maternity and Women's Health Care. USA, Mosby Year Book; 1997:

12.Asena U. NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum. İstanbul: Nobel Kitabevi, 4.Baskı; 1998: 359-364.

13.Yıldırım M. Klinik İnfertilite. Ankara: Eryılmaz Ofset, 2. Baskı; 2000.

14. Fogel C.L., Woods N.F. Health Care of Women A Nursing Perspective . Toronto: The C.V. Mosby Company; 1981: 279-283.

15. West S. İnfertility-Couple in Crisis. Australian Nurses Journal 1983; 40-41.

16. Güçsavaş N. İnfertilitenin Eşlere Getirdiği Sorunların ve Bu Konudaki Hemşire Rolünün Belirlenmesi. Hemşirelikte Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1986.

17.Schoener C.J., Krysa L.W. The Comfort and Discomfort of İnfertility. JOGNN 1996; 25(2): 167-172.

18.....Formerly The American Fertility Society FACT SHEET: Stress and İnfertility. 1998; <http://www.asrm.org>. American Society For Reproductive Medicine.

19.Davis. D.C., Dearman, C.N., "Coping Strategies of İnfertil Women. JOGNN 1991; 20(3): 221-228.

20.Hirsch A.M., Hirsch S.M. The Long-Term Psychosocial Effects of İnfertility. JOGNN 1995; 24(6) : 517-522.

21.Jirka J., Schuett S., Foxall M.J., Lonelinnas and Social Support in İnfertil Couples. JOGNN 1996; 25(1): 55-59.

22.Halman L.J., Abbey A., Andrews F.M. Attitudes About Infertility Interventions Among Fertile and Infertile Couples. A.J. of Public Health 1992; 82(2): 191-194.

23.Chiba H., Mori E., Morioka Y., Kashiwakura M., Nadaoka T., Saito H., Hiroi M. Stress of Female Infertility: Relations to Length of Treatment. Gynecology and Obstetric Investigation 1997; 43: 171-177.

24.Sherrod R.A. Coping With Infertility A Personal Perspective Turned Professional. MCN 1988; 13: 191-194.

25.Draye M.A., Woods N.F. Mitchell E. Coping With Infertility in Couple: Gender Differences. Health Care Women International 1988; 9: 163-175.

26.Nachtigall R.D., Beker G., Wozny M. The Effects Of Gender-Specific Diagnosis On Men's And Women's Response to Infertility. Fertility And Sterility 1992; 57 (1):113-121.

27.Siva N.A. Infertilitede Stresle Başetme, Öğrenilmiş Güçlölük ve Depresyonun İncelenmesi. 1991; H.Ü. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

28.Blenner J.L. Stress and Mediators: Patients Perceptions of Infertility Treatment. Nursing Research 1992; 41(2): 93-97.

29.Valentin D.P. Psychological Impact of Infertility:Identifying Issues and Needs. Social Work in Health Care 1986; 11(4): 61-68.

30.Akyüz A., İnanç N. IVF Ünitesinde Eşlere Yönelik Hemşirelik Faaliyetlerinin Planlanmasında Temel Alınacak Deneyim ve Gereksinimlerin Belirlenmesi. Ankara: Hemşirelik Kongre Kitabı; 1998: 132-141.

- 31.Aytekin F., Korkut F., Görpelioğlu S., Soyel N. **Psikiyatrik Açıdan İnfertilite.** Kadın Doğum Dergisi 1995; 11 (3): 119-120.
- 32.Prattke T.W. ,Gass-Sternas K. **Appraisal, Coping, and Emotional Health of Infertil Couples Undergoing Donor Artificial Insemination.** JOGNN 1993; 22(6): 516-527.
- 33.Shepherd J. **Stress Management and Infertility.** Aust. New Zeland Journnal of Obstetric Gynaecol 1992; 24(4): 353-356.
- 34.....**Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Aile planlaması ve Üreme Sağlığı.** Ankara: T.C. S.B. A.Ç.S. Ve A.P. Genel Müdürlüğü; 2000: Cilt 1, 205-238.
- 35.Gorrie T.M., McKinney E.S., Murray S.S. **Foundactions Of Maternal-Newborn Nursing.** U.S.A.: Sekond Edition, Saunders Company; 1998: 903-924.
- 36.Rainsbury P.A., Viniker D.A. **Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar.** Çeviren: Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Levent Alabeyoğlu. Atlas Kitapçılık; 1998: 279-293.
- 37.Kahraman S., Şamlı M. **Şiddetli Erkek İnfertilitesi ve İleri Yardımcı Üreme Teknikleri.** Sereno Yayınları; 1999/1
- 38.Dhillon R., Cumming C. E., Cumming D.C. **Psychological Well-Being and Coming Patterns in Infertile Men.** Fertility and Sterility 2000; 74(4): 702- 706.
- 39.Önder İ., Ünlü C. **Kadında ve Erkekde İnfertilite.** Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları; 1995.
- 40.Kişnişçi H.A. **Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.** Ankara: Güneş Kitabevi; 1996: 912-923.

- 41.Millard S. Emotional Respons to Infertility Understanding Patients' Need.** AORN Journal 1991; 54 (2): 301-303.
- 42.....The American Fertility. Coping With Infertility. A Guide For Patients;** Alabama 1992.
- 43.Türkoğlu D., Tamam L., Evlice Y. E. Kısırlığın Psikiyatrik Yönleri. Düşünen Adam** 1997; 10 (4): 48-54.
- 44.Mennig B.E. Psychosocial Impact of Infertility. Nursing Clinics of North America** 1982; 17(1): 155-163.
- 45.....Bilgi Kitapçığı. Alman Hastanesi IVF-ET (Tüp Bebek) Ve Jinekolojik Endoskopi Merkezi.**
- 46.Karlıdere T., Özmenler K.N., Özşahin A., Türkbay T. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Çocuk Sahibi Olmak İsteyen Çiftlerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yaklaşımları: Bir Ön Çalışma. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu Kitabı** 1999; 379-383.
- 47.Dalaner H. İnseminasyon Uygulanacak Kadına İnseminasyon Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2000.**
- 48.Golombok S. Psychological Functioning in Infertility Patients. Human Reproduction** 1992; 7 (2): 208-212.
- 49.Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi** 1988; Cilt VI, sayı 22:118-126.

50.Okyayüz Ü.H. Sağlık Psikolojisi. I. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları;1999: No: 19, 79-107.

51.Kutluk Ş., Gülekli B., Şenöz S., Özakşit G., Turhan N.Ö., Oral H., Gökmen O. İnfertil Kadınlarda Depresyon. Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler 1994; 5(1):11-13.

52.Karaca S. Psikiyatrik Bozukluklarda Başa Çıkma Biçimleri. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri Mersin, 1989: 58-67.

53.Callan V.j., Hennesey J.F. Strategies For Coping With Infertility. British Journal Of Medical Psychology 1989; 62: 343-354.

54.Pook M., Krause W. Röhrle B. Coping With Infertility: Distress And Changes İn Sperm Quality. Human Reproduction 1999; 14 (6): 1487-1492.

55.Üstün B., Demir S. Bireye Özgü Başetme Yolları. H.Ü. H.Y.O. Dergisi 1998; 5 (2): 48-58.

56.Güner P. Evre I-II Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Problem Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Baş Etme Biçimine Etkisi. Ankara: H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi; 1999.

57.Şahin N.H., Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10 (34): 56-73.

58.Uçman P. Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar. Türk Psikoloji Dergisi1990; 7 (24): 58-75.

59.Cook S., Streeter R. Infertility The Emotional Roller Coaster. U.S.A.: by: Sereno Symposia 1992, The Educational Division Of Sereno Laboratories.

- 60.Domar A.D., Seibel M.M., Benson H., **The Mind/Body Program For Infertility: a New Behavioral Treatment Approach For Women With Infertility.** Fertility and Sterility 1990; 53 (2):246-249.
- 61.Sümbüloğlu K. **Biyoistatistik.** Ankara: Özdemir Yayıncılık; 1994: 264-265.
- 62.Savaşır I., Şahin N.H., **Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler.** Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997: 23-38.
- 63.Tamkins T. **Depression Linked to Infertility.** Wed. 29 Oct 1997; <http://Web.missouri.edu/~psycmm/abnormal/msg0030.html>.
- 64.Domar A., Brome A., Zuttermeister P.C. **The Prevalance and Predictability of Depression in Infertile Women.** Fertility And Sterility 1992; 58 (6): 1158-1163.
- 65.Lukse M.P., Vacc N.A. **Grief, Depression, and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment.** Obstetric & Gynecology 1999; 93 (2): 245-251.
- 66.Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M., Meuleman C., Vanderschuerem D., D'Hooghe T. **Coping Style and Depression Level Influence Outcome in In Vitro Fertilization.** Fertility and Sterility 1998; 69 (6): 1026-1033.
- 67.Abbey A., Halman L.J., Andrews F.M. **Psychosocial, Treatment, And Demographic Predictors Of The Stress Associated With Infertility.** Fertility And Sterility 1992; 57 (1): 122-127.
- 68.Edelman R.J., Connolly K.J., Barlett H. **Coping Strategies And Psychological Adjustment of Couples Presenting for IVF.** Journal of Psychosomatic Research 1994; 38 (4): 355-364.

69.Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. Chen C.C. Development Of The Coping Scale For Infertile Couples. Arc. Androl 2000; 45 (3): 149-154.

70.Kowalcek I., Wihstutz N., Buhrow G., Diedrich K. Unfulfilled Desire For A Child Coping Strategies of Involuntarily Childless Women And Men. Zentralbl Gynakol 2000; 122(2): 75-81.

71.....Fertility Problems Therapists' Top 10 Tip For Coping With Infertility.
[http://www. Baby Center Com/refcap/3935.html?CP](http://www.BabyCenter.com/refcap/3935.html?CP)

72.Potter M. Coping With Infertility. Learning Center; 1997-1999 Conceiving Concepts <http://www.conceivingconcepts.com/learning/articles/0010.html>



EK-I. TANIMLAYICI ANKET FORMU

Bu form Akdeniz Üniversitesi Araştırma Uygulamam Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesine başvuran infertil çiftlerin depresyon durumları ve infertilite ile başa çıkma durumlarını incelemek amacıyla düzenlenmiş bir anket formudur. Aşağıdaki soruların doğru ve tam olarak yanıtlanması araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Bu formdaki yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Adı ve Soyadı:

Adres :

Tel :

1-Daha önce çocuğunuz oldu mu?

() Evet () Hayır

2-Kaç yaşındasınız ?

3- Cinsiyetiniz ?

() Kadın () Erkek

4- Öğrenim Durumunuz?

a)İlkokul b)Ortaokul c) Lise d) Üniversite

5-Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir? (Aile Tipi)

a) Çekirdek Aile b)Geniş Aile

6- Oturulan Bölge

a)İl b)İlçe c) Köy

7- Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

8- Çocuk sahibi olamama sorunu hangi eşe aittir?

a) Kadına b) Erkeğe c) Her iki eşe d)Nedeni bilinmiyor

9- Çocuk sahibi olamama süreniz ne kadar?

10- Çocuk sahibi olmak için tedaviye hangi tarihte başvurdunuz?(.....)

(İnfertilite tedavi süreniz ne kadar?)

11- Tedavi olmak için daha önce kaç defa yardımcı üreme tekniği uygulandı?

a)1 b)2 c)3 ve daha fazla

**EK-II. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)
(1978 FORMU)**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

- 1-(a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2-(a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3-(a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4-(a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiç bir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5-(a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6-(a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-(a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8-(a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9-(a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum,fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-(a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabiliirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

- 11-(a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
- 12-(a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13-(a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-(a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüp üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15-(a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun , yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16-(a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-(a) Eskisini kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
- 18-(a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19-(a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()
- 20-(a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı,sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiç bir şey düşünmüyorum.

- 21-(a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık,cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



EK-III. STRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (x) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntı olduğunda	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olay/olayları büyütmeyip, Üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak, en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoş görülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına inanır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				

20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakımı savunabileceğimi düşünürüm.				
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				