



**PRİMER İNFERTİL KADINLARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE
İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Gülhumar NURİ TURAL

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi- 2017

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMER İNFERTİL KADINLARIN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK İLE İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Gülhumar NURİ TURAL

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**PRİMER İNFERTİL KADINLARIN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE İNFERTİLİTEDEN ETKİLENME DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Gülhumar NURİ TURAL

Tez Savunma Tarihi : 21.11.2017

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Yeşim AKSOY DERYA (İnönü Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Ayşe AYDIN (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2017**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İnfertilitenin Tanımı.....	4
2.2. İnfertilitenin Epidemiyolojisi.....	4
2.3. İnfertilitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	5
2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi	7
2.4.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi	7
2.4.2. Kadın infertilitesinin Değerlendirilmesi	8
2.5. İnfertilite Tedavisi.....	9
2.5.1. Tıbbi Tedavi.....	10
2.5.2. Cerrahi Tedavi	10
2.5.3. Üremeye Yardımcı Teknikler	11
2.6. İnfertilitenin Kadınlar Üzerindeki Ruhsal Etkileri	14
2.6.1. İnfertilitenin Psikolojik Etkileri	14
2.6.2. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri	15
2.6.3. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri.....	17
2.7. İnfertilite ve Sosyal Destek.....	17
2.8. İnfertilite Tedavisinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	18
3. MATERYAL VE METOT.....	21

3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
4.BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	51
EKLER	59
EK-I. ÖZGEÇMİŞ.....	59
EK-II. ANKET FORMU	60
EK-III. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	62
EK-IV. İNFERTİLİTE ETKİLENME ÖLÇEĞİ.....	63
EK-V. ETİK KURUL ONAYI.....	64
EK-VI. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ KURUM İZİN	
YAZILARI	65

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında, gösterdiği sabır, anlayış ve bilimsel katkıları ile tez çalışmam boyunca bana destek olan, beni daha iyiye ve ileriye yönlendiren, her yönü ile örnek aldığım değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma sınavıma zaman ayıran ve tez çalışmama değerli katkılar sağlayan jüri üyesi hocalarım Yrd.Doç.Dr.Yeşim AKSOY DERYA ve Yrd.Doç.Dr.Ayşe AYDIN’a, verileri toplayabilmem için gerekli izni veren Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu komisyonuna, verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi çalışanlarına ve çalışmamın veri tabanını sağlayan katılımcılara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Koordinasyon Biriminden sorumlu Mehmet Fettah ARIKAN’a, son olarak bana verdikleri sonsuz sevgi, öğrettikleri hoşgörü ve sabır ile her zaman desteklerini yanımda hissettiğim çok değerli aileme ve kızım Zeynep Nur Turala çok teşekkür ederim.



Gülhumar NURİ TURAL

ÖZET

Primer İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Materyal ve metot: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde yapılan bu araştırma, 20 Şubat 2016-21 Kasım 2017 tarihleri arasında Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilgili birime infertilite tedavisi için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında ilgili merkeze başvuran, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 270 primer infertil kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Anket Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” ve “İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ)” kullanılmış ve veriler kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların %57.4'ünün 26-35 yaş grubunda olduğu, %40.4'ünün üniversite mezunu olduğu, %63.7'sinin infertilite süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %89.3'ünün infertilite sebebini bildiği saptanmıştır. Kadınların İEÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 37.83 ± 8.31 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutundan 20.66 ± 6.16 , aile alt boyutundan 22.91 ± 5.74 , özel kişi alt boyutundan 19.90 ± 6.87 puan aldıkları bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ'nün toplamından 63.48 ± 15.90 puan aldıkları saptanmıştır. ÇBASDÖ'nün alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile İEÖ'nün toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r: -.268$, $p < 0.001$). Kadınların sosyo-demografik, üreme sistemi ve infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre İEÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışma kapsamına alınan primer infertil kadınların başta aileleri olmak üzere arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu, infertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeyinin orta düzeyde olduğu, kadınların algılamış oldukları sosyal destek arttıkça infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerinin de anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. Kadınların sosyo-demografik, üreme sistemi ve infertilite ile ilgili bazı özelliklerinin algıladıkları sosyal desteği ve infertiliteden etkilenme düzeylerini etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, infertilite, infertiliteden etkilenme, primer infertilite

ABSTRACT

Determination of the Relationship between the Levels of Psychological Effects of Infertility and Social Support Perceived by Primary Infertile Women

Aim: This study aims to determine the relationship between the levels of psychological effects of infertility and social support perceived by primary infertile women

Material and method: This descriptive and correlational study was conducted in Gazi University Research and Practice Hospital Assisted Reproduction Techniques Center in the Province of Ankara between February 20, 2016 and November 21, 2017. The study population consisted of women who admitted to the related unit for infertility treatment. The sample consisted of 270 women who admitted to the relevant center between the dates specified and agreed to participate in the study. “Questionnaire”, “Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS)” and “Infertility Distress Scale (IDS)” were used in the data collection and the data were collected by the face-to-face interview with women.

Results: It was determined that 57.4% of the women was in the 26-35 age group, 40.4% was college graduate, 63.7% was infertile for 1-5 years and 89.3% knew the reason of infertility. It was determined that the mean total score of women in IDS was 37.83 ± 8.31 . The women's MPSSS scores were 20.66 ± 6.16 points in the friends sub-scale, 22.91 ± 5.74 points in the family sub-scale, and 19.90 ± 6.87 points in the special someone sub-scale. It was determined that the total score of the women in the MPSSS was 63.48 ± 15.90 points. It was determined that there was weak, but significant, negative correlation between IDS and sub-scales of MPSSS and its total score ($r: -.268$, $p < 0.001$). According to some demographic, reproductive and infertile characteristics of women, the difference between the mean scores of the IDS and MPSSS was found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that primary infertile women who were included in the study had higher perceived social support from their parents and spouses, had moderate level of psychological, negative impact from infertility, and the negative impact was found to decrease as their perceived social support increases. It was determined that some demographic, reproductive and infertile characteristics of women affected their perceived social support and psychological impact of infertility.

Keywords: Infertility, impact of infertility, perceived social support, primary infertility

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BMI	: Beden Kitle İndeksi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
FSH	: Folikülü Stimule Edici Hormon
GIFT	: Gamet Intrafallopian Transfer
HCG	: Human Koryonik Gonadotropin
HSG	: Histerosalpingografi
ICSI	: Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	: Intra Uterin İnseminasyon
IVF-ET	: In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
İEÖ	: İnfertilite Etkilenme Ölçeği
MESA	: Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu
TESA	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
USG	: Ultrasonografi
ÜYT	: Üremeye Yardımcı Teknikler
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ZIFT	: Zigot Intrafallopian Transfer

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Kadın ve Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler.....	6
Tablo 2.2. Semen Parametreleri.....	7
Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.4. İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar İle Kadınların Aldıkları Puan Ortalamaları	28
Tablo 4.5. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.7. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerine Göre İEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.10. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.11. ÇBASDÖ Puan Ortalamaları İle İEÖ Puan Ortalaması Arasındaki	

İlişkinin Belirlenmesi.....	35
-----------------------------	----



1. GİRİŞ

İnfertilite “çiftlerin düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 1 yıl içerisinde gebe kalamama” durumudur. Primer infertilite “daha önce hiç gebeliğin oluşmaması”, sekonder infertilite “daha önce gebelik olduğu halde, yeni bir gebelik oluşmaması” olarak tanımlanır. İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin (18-45 yaş) ortalama %10-15’ini etkiler ve dünyada ortalama 80 milyon infertil çift vardır.^{1,2} Türkiye’deki infertil çiftlerin 1,5-2 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu çiftlerin %55-75’i primer infertil; %25-40’ı sekonder infertildir. Oranlar kadınların kariyer planları, yüksek eğitim düzeyi, artmış evlilik yaşı, çocuk doğurma yaşı, gebelik kontrolü, aile planlanmasındaki gelişmeler ve gecikmiş doğum sayısı gibi nedenlerle her geçen gün artmaktadır.³

İnfertilite nedenleri; %40’ı kadına ait nedenler; %40’ı erkeğe ait nedenler, %10 hem kadın hem erkeğe ait nedenler ve %10’u açıklanamayan (nedeni belirlenemeyen) infertilite olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁻³ İnfertilite temel olarak fiziksel bir problem olarak görülse de aslında biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik ve ekonomik yönleri mevcuttur.¹⁻⁷ Özellikle infertilite nedenindeki belirsizlik, tedavi süresinin bilinmemesi, tedavilerin olumsuz sonuçlanması, tedavinin ekonomik yükü, toplum baskısı gibi nedenlerle psikolojik problemlerin infertil popülasyonda daha sık olduğu görülmektedir.^{4,6-9} Ayrıca çocuk sahibi olamama çiftin her ikisini de etkilemekle birlikte kadınların erkeklerden daha fazla stres ve sosyal baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.¹⁰⁻¹² Çünkü infertilite erkeğe ait nedenlerden kaynaklansa bile karmaşık girişimsel tanı-tedavi yöntemlerine ve toplum baskısına kadınlar daha fazla maruz kalmaktadır.^{9,13,14} Yapılan çalışmaların sonuçları da, infertil çiftlerde erkeklere oranla kadınlarda daha fazla psikiyatrik belirti ve bulgulara rastlandığını göstermektedir.⁸⁻¹³ Ayrıca infertil kadınların infertil olmayan kadınlara göre kendini değersiz, yetersiz görme, suçlama ve intihar düşüncesi gibi

psikopatolojik belirtilere sahip olduğunu gösteren araştırmalar vardır.¹⁵⁻¹⁹ Çocuk sahibi olamama sıklıkla üreme ve soyunu devam ettirme rolünü yerine getirmede utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır ve sosyal bir damgalanma yaratır.²⁰ İnfertilitenin fizyolojik süreçlerle ve emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlü gibi görünmektedir. Yaşanan emosyonel sorunlar bazen infertilitenin sebebi bazen de sonucu olabilir. İnfertil kadınlarda infertilite nedeniyle ortaya çıkan emosyonel sorunların gebelik şansını azaltabildiği ve tekrar eden başarısızlık döngülerinin oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir.^{19,21-23}

Gelişmiş ölkelerde infertilite tedavisi öncesi çiftlerden ayrıntılı psikolojik hikaye alınmakta, benzer şekilde evliliğe ve cinselliğe ait öykü de tedavi öncesinde değerlendirilmektedir. Tedavi sürecinde oluşabilecek problemlere önceden hazırlıklı olma, ciddi sorunu olan kişilerin, tedavi başarısını olumsuz etkileyebileceğinden pahalı ve uzun olan bu sürece dahil etmeden destek almasını ve gerekli tedavilerin yapılmasını sağlamak amacıyla yapılan değerlendirmelerde aile içi ve sosyal ilişkilerin önceden değerlendirilmesi de sosyal destek açısından büyük önem taşımaktadır.²⁴⁻²⁶

Ortaya çıkan sorunların çözölmesinde önemli etkileri olan sosyal desteğin, infertil kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını koruması açısından önemi büyüktür. Bu sosyal destek içerisinde yer alan çiftin sahip olduğu aile ve sosyal çevresi, infertilite sürecinde ortaya çıkabilecek problemlerle baş etmede son derece önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destekler; sevgi, şefkat, güven, kendini ifade etme, kendini tanıma, ait olma duygularına katkıda bulunan etkili bir çözüm yöntemidir. Kişiy e toplumda insani ilişkiler çerçevesinde kabul edildiği ve değer verildiği hissini vermekte, sosyal rollerin yerine getirilmesini kolaylaştırmakta, yaşam değışikliklerinin getirdiği yeni rollerin üstesinden gelinmesine ve kimliklerin sürdürölmesine katkıda bulunmaktadır.^{26,27} Bireylerin kaygı düzeylerini azaltarak, onların daha iyimser

olmalarını sağlamaktadır. Yeni çözümler üretmede ve zorlayıcı durumlarla başa çıkmada bireylere yardımcı olarak onların çaresizlik duygularını azaltmaktadır.²⁸⁻³⁰

İnfertilite; kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle infertilite tanı ve tedavi sürecinde görev alan ebe/hemşirelere büyük görev düşmektedir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenerek uygun danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesidir.^{17,26,29,30} İnfertil kadınlara verilecek danışmanlık hizmetlerinde infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ve infertiliteden etkilenme düzeylerinin ele alınması, tedavinin başarısını ve kadın sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Bu çalışma primer infertil kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre “infertilite; üreme çağındaki olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az 12 ay düzenli cinsel ilişkiye girmelerine rağmen gebeliğin oluşmaması” olarak tanımlanmaktadır.^{1,2}

“Primer infertilite daha önce hiç gebelik (term, ektopik, abortus) oluşmaması” şeklinde tanımlanırken, “sekonder infertilite daha önce gebelik olduğu halde, yeni bir gebelik oluşmaması olarak” tanımlanır.^{1,2}

2.2. İnfertilitenin Epidemiyolojisi

İnfertilite dünyada 80 milyondan fazla kişiyi etkilemekte ve infertilite yüzdesinin %5-30 arasında değiştiği belirtilmektedir.^{1,2} Bu sıklık ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmektedir. İnfertilite sıklığı gelişmiş ülkelerde yaklaşık %8-10, gelişmekte olan ülkelere ise %15-20'dir.²³ Amerika'da, infertilite sıklığının %15 olduğu, yani her 6 çiftten birinin ya da 4.8 milyon kadının çocuk sahibi olamadığı bildirilmektedirler.^{21,31}

Dünya doğurganlık araştırmasının bulgularına göre 40-49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların sıklığı, en düşük Güney Kore (%1.3), Ürdün (%2.2), ve Suriye (%2.9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları (%30-%50) izlenmektedir. Örneğin Zaire'de Mbalo'da 15-49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur.^{21,23} Bu farklılık, gelişmekte olan ülkelere özellikle gonore ve klamidya gibi cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonlarının daha sık görülmesi ve hiç tedavi edilmemesi ya da tedavinin etkili olarak yapılmaması sonucu infertilite ile sonuçlanan hasarlar oluşturmalarından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde de çiftlerin %10-20'sine infertilite tanısı konulduğu tahmin edilmektedir. İnfertilitenin görülme sıklığı kadının yaşlanması ile birlikte artmaktadır.

Bu sıklığın, 25-29 yaşlarda %5.5, 30-34 yaşlarda %9.4 ve 35-39 yaşlarda %19.7 olduğu tahmin edilmektedir.²⁹

2.3. İnfertilitenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

İnfertilite nedenlerinin %40'ından kadın faktörünün, %40'ından erkek faktörünün, %20'sinden ise kombine (hem kadın hem de erkek faktörü) ya da açıklanamayan faktörlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir.¹⁻³

Üremeyi etkileyen en temel faktörler; kadın ve erkeğin yaşı, cinsel ilişkide bulunma sıklığı ve zamanlamadır.²⁹ Kadın ve erkeğin üreme yeteneğinin en yüksek olduğu yaşlar 24-25 yaşlarıdır. Üreme yeteneği kadında 30 yaştan sonra, erkekte 40 yaştan sonra azalır. Kadında menopozla birlikte üreme yeteneği sona ererken, erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürmektedir.^{33,34} Yeterli sayıda cinsel ilişkiye girmeme, infertilitenin çok yaygın nedenidir. Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere haftada en az iki defa cinsel ilişkiye girmeleri önerilmektedir. Gebe kalma başarısını artıran diğer bir faktör, ovulasyon zamanında cinsel ilişkiye girmektir. Spermin, kadının vücudunda 48-72 saat, ovumun ise 24-48 saat canlı kaldığı düşünüldüğünde, bir kadının 28 günlük bir siklusta gebe kalma ihtimali, siklusun ortasına rastlayan 3-5 gündür.²⁹

Fertiliteyi etkileyen diğer faktörler arasında; kadın veya erkeğin vücut ağırlığı, alkol ve sigara kullanımı, kullanılan ilaçlar, maruz kalınan toksinler, kimyasallar, radyasyon, geçirilmiş pelvik ameliyatlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve psikolojik sorunlar sayılabilir.²⁹

Erkek ve kadında infertiliteye neden olan faktörler Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Kadın ve Erkekde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler^{21,24,28,29}

KADIN	ERKEK
Vulva ve vajene ait faktörler ✓ Anatomik bozukluklar ✓ İmperfore himen ✓ Vajinal septum ✓ Vajinal agenezis ✓ Disparanoya ✓ Vajinismus ✓ Vajen pH'sının alkalileşmesi	Erkek genital organlarının anomalileri ✓ Testiküler atrofi ✓ Hipoplazik testis ✓ Varikozel ✓ Kriptorşidizm ✓ Hipospadias ✓ Vasdeferens ve epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı
Ovarian faktörler ✓ Ovulasyon düzensizlikleri ✓ İleri yaş ✓ Azalmış ovarian rezerv ✓ Endokrin bozukluklar(örneğin; hipotalamus nedenli amenore, hiperprolaktinemi, tiroid hastalıkları) ✓ Polikistik over sendromu ✓ Erken menopoz ✓ Tütün, alkol ve madde kullanımı	Sperm anomalileri ve fonksiyon bozukluğuna neden olan faktörler ✓ Sigara, alkol veya madde kullanımı ✓ Toksinlere maruz kalma (kimyasallar,vs) ✓ Akut /kronik hastalıklar ✓ Genital enfeksiyonlar ✓ Yapısal anormallikler ✓ Ereksiyon bozuklukları ✓ Retrograd ejakulasyon ✓ Stres/anksiyeteye bağlı prematür ejakulasyon ✓ Nörolojik bozukluklar ✓ Spinal kort yaralanmaları ✓ Psikoterapik ve antihipertansif ilaçlar ✓ Kemoterapi ✓ Radyasyon
Tubal faktörler ✓ Tüplerin tıkalı olması ✓ Tüplerin zarar görmesi ✓ Tüplerin kıvrımlı olması ✓ Tüplerin fibrial kısmının olmaması ✓ Bir tüpün olmaması ✓ Tüplerde enfeksiyon veya yapışıklık	
Uterin ve Servikal faktörler ✓ Yapısal anomaliler ✓ Tümörler ✓ Myomlar, polipler ✓ Endometriozis ✓ Travma ✓ Enfeksiyon ✓ Skar dokusu ✓ Anormal servikal mukus	Diğer Faktörler ✓ Psikolojik bozukluklar ✓ Hormonal bozukluklar ✓ Genetik bozukluklar ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ✓ Toksik maddelere (kurşun, civa) maruz kalma ✓ Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması ✓ Kabakulağın neden olduğu orşit ✓ Yetersiz ve dengesiz beslenme
Diğer faktörler ✓ Sistemik hastalıklar (Diyabet vb.) ✓ Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ✓ Aşırı zayıflık veya obezite ✓ Çok fazla düşük yapmak ✓ Psikolojik sorunlar (Stres vb.)	

2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi

2.4.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

Semen Analizi: İnfertil olduğu düşünülen bir erkeğin değerlendirilmesinde yapılması gereken ilk işlem 4-6 hafta ara ile en az iki kez semen analizidir. Optimal değerlendirme için semen örneği en az iki en fazla yedi günlük cinsel perhiz sonrası alınmalı ve en geç bir saat içinde değerlendirilmelidir. Ek örnekler gerekiyorsa, cinsel perhiz gün sayısı, her ziyarette mümkün olduğunca sabit olmalı. Semen analizi için referans değerler Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Semen Parametreleri³⁵

Parametreler	En düşük referans değerler
Semen volümü(ml)	1.5 (1.4-1.7)
Total sperm sayısı (106)	39 (33-46)
Sperm konsantrasyonu (106 / ml)	15 (12-16)
Total motilite (PR+NP, %)	40 (38-42)
Progressive motilite (PR, %)	32 (31-34)
Vitalite (canlı sperm, %)	58 (55-63)
Sperm morfolojisi (normal formlar, %)	4 (3.0-4.0)
pH	>7.2
Peroksidaz-pozitif lökosit (106 per ml)	<1.0
MAR (Mixed antiglobulin reaction) testi (%)	<50
Immunobead testi (%)	<50

Semen analizi referans değerlerine göre normal çıkmışsa, tek testin olması yeterli olarak kabul edilmektedir. En az iki testin de anormal olması durumunda, ileri androlojik araştırma yapılması gerekir. Pretestiküler, testiküler ve post-testiküler infertilite nedenleri araştırılmalı, gerektiğinde genetik, endokrinolojik, ultrasonografik tetkikler ve biyopsiye başvurulmalıdır. Böylece infertilitenin medikal ya da cerrahi tedavi ile düzeltilemeyeceği durumlarda üremeye yardımcı teknikler kullanılacak,

böylelikle hastaların tanınması ve gebelikte olası genetik anormalliklerin belirlenmesi mümkün olacaktır.³⁵

Endokrin Testler: Hipotalamus-hipofiz-testis aksını değerlendirmek için yapılır. Öykü, fiziksel bulgu ve semen analiz sonucu değerlendirmeye temel oluşturur.

Ultrasonografi: Transrektal yol kullanılarak, prostat glandlarının, seminal veziküllerin ve ejakülat kanallarının yapısı değerlendirilir.

Testiküler Biyopsi: Azospermik erkeklerde, testiküler biyopsi tanısal ve prognostik nedenlerle yapılır.^{36,37}

2.4.2. Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

Bir kadının infertilite açısından değerlendirilmesine, ayrıntılı anamnez ve fiziksel muayene ile başlanmalıdır.^{37,38}

Anamnezde; Gebe kalamama süresi, cinsel yaşama ait öykü, cinsel ilişki sıklığı, daha önce gebelik gerçekleşme durumu, menarş yaşı, menstrual siklus düzeni, önceden geçirilmiş operasyonlar, pelvik veya abdominal ağrı, sistemik hastalıklar, sigara, alkol kullanımı ya da sürekli kullanılan ilaçların varlığı, tiroid hastalığı, dismenore ve disparoni varlığı, önceden PAP smear yaptırma durumu ve yaptırmışsa sonuçları, ailede erken menopoz, infertilite ve anomalili doğum öyküsü sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede: Beden kitle indeksi (BMI) hesaplanmalı, sekonder seks karakterlerinin varlığı değerlendirilmeli, androjen hakimiyeti olup olmadığı incelenmelidir. Tiroid muayenesi yapılmalı, nodül varlığı değerlendirilmelidir. Jinekolojik muayene yapılmalı, iç ve dış üreme organları mutlaka değerlendirilmelidir. Vajina (septum, imperfore hymen açısından) ve serviks (akıntı, konjenital servikal patolojiler açısından) ayrıntılı incelenmelidir.³⁷

USG: Vajinal ve abdominal ultrasonografi uterin, endometrial ve adneksiyal patolojilerin tanısında ve folikül-ovulasyon takibinde sıklıkla kullanılmaktadır.³⁸

Ovulasyonun değerlendirilmesi: Ovulasyonun değerlendirilmesi hem çiftlerin cinsel ilişki zamanlamasını kolaylaştırması açısından hem de bir patoloji durumunda hastanın üremeye yardımcı tekniklere yönlendirilmesi açısından önemlidir. Ovulasyon değerlendirilmesi direkt ya da indirekt yöntemler ile yapılır.³⁹

Direkt yöntemler; ovulasyonun direkt tespitini içeren USG ve laparoskopidir.

İndirekt yöntemler ise; ovulasyona eşlik eden faktörlerin tespit edilmesini sağlayan, bazal vücut ısısı takibi (progesteronun termojenik etkisi ile luteal fazda vücut ısısının 0,5°C yükselmesi ve menstruasyon kanamasının başlaması ile tekrar düşmesi ile oluşan bifazik eğri), östrojen ve LH ölçümü (kanda veya idrarda), servikal mukus tayini, progesteron ölçümü (beklenen kanama gününden 1 hafta önce yapılmalıdır ve 3 ng/ml'nin üzerindeki değerler ovulasyonun oluştuğunu gösterir) ve endometrial biyopsidir.^{40,41}

Tubal ve pelvik patolojilerin değerlendirilmesi: Histerosalpingografi (HSG), histereskopi, sonohisterografi ve laparoskopi yöntemleri bu amaç için kullanılmaktadır. İlk tercih edilen yöntem HSG'dir. HSG ile hem tüplerin tıkalı olup olmadığını, hem de uterin kavitenin patolojileri değerlendirilebilir. HSG ile belirlenen intrauterin patolojilerin tanınmasında histeroskopi çok yararlıdır. Laparoskopi, infertilite incelemelerinin son aşamasıdır. Diğer yöntemler ile tanı konulamayan pelvik adhezyonlar ve endometriozisin tanı ve tedavisinde önemlidir.⁴²

2.5. İnfertilite Tedavisi

İdeal bir infertilite tedavisinde etkinlik yüksek, maliyet düşük ve yan etkisi az olmalıdır. İnfertilitenin uygun tedavisinin saptanması her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle çiftin yaşı, seksüel öyküsü, fiziksel muayene bulguları, maddi olanakları, dini ve kültürel değerleri gibi birçok faktör değerlendirilmelidir. Öncelikle daha basit tedavilerden başlanmalı ve bireysel gereksinimler göz önüne alınmalıdır.^{43,44} İnfertilite

tedavisine başlamadan önce, test sonuçları çifte açıklanarak tedavi seçenekleri sunulmalıdır. İnfertilite nedenlerinin çoğu, ilaçla ya da cerrahiyle tedavi edilmektedir.^{43,44}

2.5.1. Tıbbi Tedavi

Kadında infertilite nedenleri arasında ovulatuvar disfonksiyon %20 oranında yer almaktadır ve ovulatuvar disfonksiyonun tedavisinde, ovulasyonu uyarak daha fazla oosit matürasyonu sağlamak için farmakolojik tedavi kullanılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri tedavisi planlanan kadına, daha fazla oosit matürasyonu için bazı ilaçlar verilmektedir. Bu ilaçlar klamifen sitrat, human menapozal gonadotropinler, FSH, rekombinant FSH ve human koryonik gonadotropin (hCG) içermektedir. Gonadotropin-releasing hormon agonistleri, progesteron ve bromokriptin (Parlodel) de kullanılan ilaçlardır.^{21,31} İnfertilite tedavisinde kullanılan bu ilaçlar oldukça güçlü olduğundan, ovarian hiperstimülasyona neden olabilmektedir. Hiperstimülasyonu önlemek için, ilaç dozunun doğru ayarlanması, günlük USG ile ovarian izlem ve östrodiol seviyesinin izlemi oldukça önemlidir. Hemşire çifti ilaç dozu, uygulama şekli, beklenen sonuçlar, ilacın etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirmelidir. Ovulasyon indüksiyonu tedavisinde pek çok oosit salınabildiği ve fertilize olabildiğinden, çoğul gebelik riski de artmaktadır.^{21,31}

Erkeklerde infertilite nedeni genitoüriner enfeksiyon ise (prostatit, epididimitis vb), uygun antibiyotiklerle tedavi edilmelidir.³⁶ Sperm yapımını etkileyen bir hormonal bozukluk var ise başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormon tedavisi uygulanabilmektedir.^{24,36}

2.5.2. Cerrahi Tedavi

Kadında infertiliteye neden olan faktörün tedavisinde, cerrahi işlemler de kullanılmaktadır. İnfertilite nedeni ovarian tümör ise, cerrahi ile çıkarılmalı ve

mümkünse fonksiyonel overian doku bırakılmalıdır. İnfertilite nedeni kronik enfeksiyonların neden olduğu skar doku adhezyonları ise, genellikle açık cerrahi gerekebilir. Histerosalpingografi, tubal tıkanıklığın tanımlanmasının yanında, tıkanıklığın açılmasında da kullanılmaktadır. Endometriyozis, enfeksiyon ya da daha önce geçirilmiş cerrahinin neden olduğu pelvik adhezyonlar ve tıkanıklıklar, laparoskopi ile düzetilemezse laparotomi yapılmaktadır. Endometrium ya da uterusu fibroid ya da tümörün cerrahi ile çıkarılması, kadının gebe kalma ve gebeliği devam ettirme şansını arttırmaktadır. Kronik enfeksiyonun ortadan kaldırılmasında, serviksini ya da kimyasal maddeyle koterizasyonu, kriyocerrahi ya da konizasyon yapılmaktadır. Cerrahi işlemler erkek infertilitesinde de kullanılmaktadır. Varikoselin cerrahi onarımıyla, sperm motilitesi, dansitesi, morfolojisi ve gebelik oranının arttığı belirtilmektedir.^{31,45,46}

2.5.3. Üremeye Yardımcı Teknikler

Üremeye yardımcı teknikler, doğal yollarla gebelik oluşmayan durumlarda, gebelik oluşması için yapılan ileri tekniklerdir.^{22,29,47,48}

Dünyada ilk üremeye yardımcı teknikler yardımıyla ilk gebelik 1978 yılında oluşmuştur. Bu tarihten itibaren üremeye yardımcı teknikler hızlı bir gelişim göstermiştir. Bir yandan yeni yöntemler geliştirilmiş, bir yandan da bazıları uygulamadan kaldırılmıştır.

Ülkemizde kullanılan üremeye yardımcı teknikler:

- “Intra Uterin İnseminasyon (IUI)”,
- “In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)”,
- “İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)”,
- “Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA)”,
- “Testiküler Sperm Aspirasyonu” (TESA)”,

- “Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)”,
- “Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)”

a) Intra Uterin İnseminasyon (IUI): Bu işlem ovulasyonun gerçekleşeceği zaman spermilerin uterin kaviteye enjekte edilmesidir. Ovulasyon indüksiyonu ya da ovulasyon indüksiyonu tedavisi olmadan IUI, daha karmaşık tedavilere başlamadan önce pek çok çift için ilk seçenektir.²² IUI, genellikle:²⁹

- ✓ Oligospermi (düşük sperm sayısı) ,
- ✓ Asthenospermi(azalmış sperm motilitesi),
- ✓ Teratospermi (düşük sperm yüzdesi ve anormal sperm morfolojisi)
- ✓ Hipospadias gibi spermin yetersiz depolanmasına eşlik eden anatomik defektler,
- ✓ Retrograd ejakülasyon gibi ejakülatuar disfonksiyonu olan erkeklerde ve
- ✓ Servikte skar veya defekti olan kadınlarda uygulanır.

b) In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET): Bu işlem olgun ovumun anne vücudu dışında, laboratuvar ortamında döllenmesi (fertilizasyon) ve fertilizasyondan 2-3 gün sonra meydana gelen embriyonun uterusu transfer edilmesidir.

IVF ile ET, fallop tüplerinin olmadığı ya da tıkanık olduğu durumlarda, servikal mukus anomalilerinde, açıklanamayan infertilitede, sperm sayısı az olan erkeklerde yaygın kullanılan bir tekniktir. Ovulasyonu uyarmak için hormon ilaçları kullanılmaktadır. İzlem genellikle siklusun 5. gününde başlamakta ve ilaçlar bireysel yanıtı göre ayarlanmaktadır. Foliküller geliştiğinde, ovulasyon indüksiyonu kontrolü için hCG verilmektedir. Oosit toplama işlemi, hCG’den yaklaşık 35 saat sonra yapılmaktadır. Overlerde oluşan oositler ultrasonografi eşliğinde, genellikle transvajinal yolla toplanmakta ve hazırlanan sperm ile laboratuvarında döllenmektedir. Fertilizasyon sonrası oluşan zigot 48–72 saat içinde 4–8 hücreli embriyo haline gelir. Bu safhada embriyolar özel bir katetere yerleştirilir. Ameliyathane ortamında katater servikal

kanaldan geçirilerek uterusu kadar ilerletilir ve içerisindeki embriyolar uterusun fundusuna bırakılır.^{47,48}

c) Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): Ciddi erkek faktörlü infertilitede, ICSI, MESA ve TESA işlemleri uygulanmaktadır. ICSI, direk ovum içerisine, hazırlanmış tek bir sperm enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir. MESA ve TESA işlemi azospermi, epididimis tıkanıklığı ya da ejakülatuar bozukluğu olan erkeğin gonadal dokusundan spermin alınmasını içermektedir. Sperm perkütan aspirasyon yardımıyla ya da mikrocerrahi ile epididimisten alınmaktadır.²⁵

d) Gamet Intrafallopian Transfer (GIFT): Seminal mayi yetersiz olduğunda, açıklanamayan infertilitede ve endometriyozisin neden olduğu infertilitede kullanılan etkili bir tedavi tekniğidir.^{4,16} In vitro fertilizasyon-embriyo transferi işlemine benzemektedir. Ovulasyon uyarılarak oosit matürasyonu sağlanmaktadır. GIFT işleminde, semen toplandıktan sonra, laparoskopi ile oositler foliküllerden aspire edilmektedir. Daha sonra gametler fallop tüplerinin fibrial kısmına transfer edilmektedir. Fertilizasyon vücut içinde fallop tüplerinde oluşmakta ve fertilize ovum implantasyon için fallop tüpleri boyunca ilerleyerek uterusu geçmektedir. GIFT işlemi için en az bir fallop tüpünün normal olması gerekmektedir. Pelvik inflamatuvar hastalık, tüplerle ilgili bir bozukluk ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için bu tedavi şekli uygun değildir.^{29,47}

e) Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT): In vitro fertilizasyon-embriyo transferi işlemine benzemektedir. Kadından oositler toplanmakta ve sperm ile fertilize edilmektedir. Zigot IVF'deki gibi hücre bölünmesinin erken evresinde, tekrar kadının tüplerine transfer edilmektedir. Fallop tüplerine transfer edilen zigot, implantasyon için doğal şekilde uterusu geçmektedir. Bu işlemin başarılı olması için, kadının en az bir fallop tüpünün sağlıklı olması gerekir.^{29,47}

2.6. İnfertilitenin Kadınlar Üzerindeki Ruhsal Etkileri

2.6.1. İnfertilitenin Psikolojik Etkileri

Geçmiş yıllarda infertiliteyle ilgili teoriler psikolojik faktörlerin infertilite nedeni olduğu üzerinde yoğunlaşmışken, 1970’lerde Mennings’in psikolojik zorlanma teorisiyle infertilitede görülen psikolojik sorunların neden değil, sonuç olduğu gündeme gelmiştir. Stanton ve Dunkel infertilitede stres teorisini geliştirmişlerdir ve infertilite sürecinde stres yaşanmasının altında yatan neden infertilitenin beklenmedik, kontrol edilemez, belirsiz ve negatif bir süreç oluşudur.^{8,13}

Burns’un geliştirdiği modele göre infertil çiftlerin yaşamlarında fiziksel olarak var olmayan bir çocukla ilgili duygusal olarak yaşanan yas; gerçekte var olup beklenmedik şekilde ölen bir çocukla ilgili tutulan yasin aynısıdır. Gestasyonel yaşı ne olursa olsun genellikle bireyler gebelik kaybına tıpkı bir bebek öldüğünde ve onunla ilgili hayallerini, umutlarını kaybettiklerinde olduğu gibi tepki verirler. İnfertilitede yaşanan kayıp beklenen yaşamın, yaşam hedeflerinin ve gebelik deneyiminin hepsinin kaybını içerir. Kişi kendini anne ya da baba olarak özdeşleştirdiyse kendilik kavramı da kaybolur. Bu kayıplara tepki olarak fizyolojik ve psikolojik yanıtlar, yani keder süreci başlar.^{8,13}

İnfertilitenin psikolojik etkileri;^{4,6,9,12,16,19}

- *Emosyonel etkiler:* Yas ve depresyon, öfke ve hayal kırıklığı, suçluluk, şok /inkar, anksiyete.
- *Kontrol kaybı:* Aktivitelerde ve duygularda kontrol kaybı, hayattaki amaçlarla ilgili gelecek planları yapamama.
- *Kişilik, özgüven, inançlara etkisi:* Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları, kişilik problemleri / değişimleri, dünyaya bakış açısının değişmesi.

- *Sosyal etkileri:* Evlilik ilişkisine ve memnuniyetine etkisi, seksüel fonksiyona etkisi, sosyal ilişkilerde güçlükler, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulmalar, yalnızlık, utanç.

- *İnfertiliteyle ilgili suçluluk duyguları:* Evlilik öncesi cinsel ilişki, evlilik dışı ilişkiler, gebelikten koruyucu yöntem kullanma, homoseksüel düşünce ve davranışlar, cinsel yolla bulaşan bir hastalık, mastürbasyon. İnfertilite süreci yaşanırken çiftler suçluluk duygularıyla ilgili çatışmalar da yaşamaktadırlar.

2.6.2. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Etkileri

İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir.⁵⁰⁻⁵² Yapılan çalışmalarla infertilitenin yalnızlığa,⁵³ benlik saygısında azalmaya ve umutsuzluğa,⁵⁴ yaşam kalitesinde bozulmaya, depresyona ve anksiyeteye,^{51,52,55,56} sosyal baskıya ve damgalanmaya,^{20,55} evlilikte uyumsuzluğa⁴⁹ neden olduğu saptanmıştır.

Kadınların ve erkeklerin infertilite tanısında ve tedavi süresince tepkileri farklıdır. Kadınlar çoğunlukla sosyal destek ararken, erkekler daha çok işleriyle meşgul olurlar. İnfertilitenin nedenine bakılmaksızın kadın daha yoğun emosyonel stres deneyimler ve daha fazla kişisel sorumluluk hisseder.^{12,14,49} Birçok kadın için gebe kalma kaygısı anksiyete, umutsuzluk, depresyon ve diğer birçok psiko-sosyal problemleri oluşturur. Daha önceden var olan problemlere bunlar da eklenir. Erkekler infertilitenin tanı-tedavi sürecinde yaşanabilecek zorluklara karşı daha rahattır. Çünkü gebelik kadının vücudunda meydana gelmektedir ve gebelik oluşması için onların vücuduna gerek yoktur. Genelde tıbbi araştırmalar kadın tarafından başlatılır ve tedavi sırasında kadın daha azimlidir.

İnfertil çiftlerin durumlarına karşı gösterdikleri tepkiler, Caplan'ın "Genel Kriz Tepkileri" olarak tanımladığı tepkilere benzerlik göstermektedir. Bu kriz durumunda, eşlerin ruhsal durumlarını ve kişiler arası ilişkilerini etkileyen yoğun psikolojik stres ve davranış değişiklikleri ortaya çıkar.^{4,51,52,54}

İnfertilite ile karşı karşıya kalan çift zorlu ve önceden beklemedikleri bir durumla karşılaşmaktadırlar. Bu durum bazı evreleri beraberinde getirmektedir. Blenner tarafından ifade edilen infertilite evreleri, Kubler - Ross tarafından, ortaya konmuş olan yas tutma süreci ile aynıdır. Bu süreç ölen insanların ailelerinin tutumlarını temel almaktadır.⁴ Bireylerin infertilite durumunda verdiği tepkiler;

- Şok, şaşkınlık, inanmama
- İnkâr (yadsıma)
- Anksiyete ve sinirlilik
- Öfke
- Kontrol kaybı
- Suçluluk
- Çözümleme'dir.

Krizin başlangıcında şok, şaşırma ve inanmama tepkileri tipiktir. Genel olarak çiftler, gebelikten korunma konusunu sıklıkla düşünmelerine rağmen infertilite olasılığına karşı tamamen hazırlıksızdırlar. Krizin aktif döneminde sıklıkla engellenme, öfke, kızgınlık, anksiyete, suçluluk, acı, keder, depresyon ve uzaklaşma belirtileri görülür. Sorun üzerinde yoğunlaşma ve çaresizlik hissi, sıklıkla eşlerin birbirlerinden ve sosyal çevreden uzaklaşmalarına yol açabilir. İnfertilite krizinin üçüncü dönemi uyum dönemidir. Bu dönemde eşlerin durumlarını gerçeğe uygun olarak algılamaları, durumlarıyla ilgili duygularını tanımları ve kabullenmeleri söz konusudur. İnfertilite krizinin son aşaması çözümleme dönemidir. Çözümleme döneminde çiftlerin gelecek

için plan yapmaları ve yaşamlarını yeniden düzenlemeleri söz konusudur. Ayrıca bu dönemde cinsellik kavramı, benlik imgesi ve benlik saygısı yeniden düzenlenir. Evlat edinme ya da çocuksuz bir yaşam seçenekleri belirlenerek eşlerin duruma uyum sağlamaları beklenmektedir.^{51,52,56}

2.6.3. İnfertilitenin Psikoseksüel Etkileri

İnfertilite toplumsal cinsiyet rollerini bozan bir süreç olduğundan, geleneksel cinsiyet rollerini üstlenenlerde bu sürecin daha stresli yaşanacağı tahmin edilebilir. İnfertilite değerlendirilmesi, duygusal olarak rahatsız edicidir ve her çiftin kendi hakkındaki duygusal ve fiziksel seks imajına bir tehdittir.⁵⁷⁻⁶¹ Tanı yöntemleri, seksüel aktivitede başarısızlığa veya yeterince tatmin olamamaya yol açabilir. Sims-Huhner testi gibi belirli bir süre içinde seks yapmayı gerektiren testler, erkekte seksüel yetersizliğin ve ejakülasyon yapamamanın nedeni olarak gösterilmiştir. Sperm analizinin bile, duygusal ve seksüel olarak rahatsız edici olabildiği belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunda cinsel ilgide azalma, cinsel yaşamlarıyla ilgili tatminsizlik, cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, orgazm eksikliği olduğu saptanmış ve bunun sebebinin de infertilite tedavisine dayandırıldığı belirtilmiştir.^{57-59, 61}

2.7. İnfertilite ve Sosyal Destek

Sosyal destek; “Bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak” tanımlanmaktadır. Sosyal destekle ilgili önemli bir diğer kavramda algılanan sosyal destektir. Başkaları tarafından sevildiğini, gerektiği zaman yardım alabileceğini, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır. Algılanan destek; kişilik özellikleri gibi nispeten kalıcı özelliklerin yanı sıra tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden etkilenmektedir.^{27,27,30}

Bireylerin yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve manevi yardım sağlayan kişilerarası etkileşimler, sağlığı korumaya yarayan, hastalık halinde iyileşmeye katkı sağlayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir.^{26,27,62,63} Sosyal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma ya da zorlaştırmada önemli rol oynadıkları öne sürülmektedir.^{64,65}

Stres yaşansın ya da yaşanmasın sosyal destek bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Stres verici bir durumla karşılaşan kişiler profesyonel destek almak yerine önce arkadaş veya akrabalarına, başka bir deyişle sosyal destek kaynaklarına başvurmaktadır. Var olan sosyal destek; psikososyal destek, aile ilişkileri ve ekonomiyi içerir. Bu sosyal destek sistemleri uyumda kolaylığı ve emosyonel desteği geliştirir.^{26,27,63}

İnfertilite ve sosyal destek ilişkisine baktığımızda infertil kadınların uzman yardımı almak yerine öncelikle aile ve arkadaşlarının sosyal desteğini aradıklarına dikkat çekilerek sosyal desteğin stresöre karşı tampon etkisi yapabileceği ileri sürülmektedir.^{10,30} Verhaak ve ark.⁶⁶ infertilite tedavisinde sosyal desteğin başarısız tedavinin yarattığı stres ile ruhsal yanıt arasında tampon görevi gördüğünü söylemektedir. Tekrarlayan IVF başarısızlıkları olan kadınların daha fazla duygusal ve sosyal destek arama eğiliminde oldukları, diğerleriyle daha yoğun duygusal ilişkiye ihtiyaç duydukları belirtilmektedir.⁶⁶

İnfertil kadınlarla yapılan çalışmalarda stres algısı ve eş desteği yokluğunun infertil kadınlarda anksiyete, kaygı ve depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu, hastaların kendi anne ve babalarının yakınlarından, akrabalarından ve kendi ailesinden, kocalarına göre daha fazla duygusal baskı hissetmekte olduklarını bildirmişlerdir.^{62,67}

2.8. İnfertilite Tedavisinde Hemşirelik Yaklaşımı

Çocuk sahibi olamayan çiftler bu durumun nedeninin araştırılması için sağlık kuruluşlarına başvururlar. İnfertilite nedeninin araştırılması için başlayan bu süreç tanı-tedavi girişimlerini içeren karmaşık, uzun ve zor bir dönemdir. İnfertil bireyler için bu süreçte en büyük hayal kırıklığı, hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık personellerinin, infertilite deneyiminin kendilerinde ortaya çıkardığı yoğun emosyonel sorunların anlaşılmaması ve değerlendirilmemesidir. Bu durumun karışıklığından dolayı infertilitenin emosyonel boyutu sıkıntılıdır ve baş etmesi hem sağlık personelleri hem de çiftler için zordur. Hemşireler infertil çiftlerin emosyonel durumunu tespit edebilecek ve onlara bu konuda yardım edebilecek, onlarla en sık karşılaşan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşireler, danışmanlık fonksiyonu ile bu süreçte önemli bir yere sahiptir. Danışmanlık infertilite hemşiresinin en önemli rollerinden birisidir.^{17,47} İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü iki başlık altında incelenebilir.

1. Bilgi Verme: Bilgilendirme, infertilitenin tanı-tedavi sürecindeki işlemlere yönelik bireye / çifte ihtiyacı olan bilgiyi vermektir. Bunun için hemşireler, infertilitenin tanı ve tedavi işlemlerinin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar. Ayrıca hizmet verdiği bireylerin genel özelliğini bilmelidirler. Bu durum çiftler için bireysel bakımı planlamada hemşireye kolaylık sağlayacaktır.^{17,47,68}

2. Destekleyici Danışmanlık: İnfertilite hemşiresi infertilitenin tanı-tedavi sürecinde emosyonel ve psikolojik destek sağlar. Özellikle infertiliteye yönelik tanı ve tedavi süreci uzadığında, tedavi sonucunda başarı sağlanamadığında emosyonel ve psikolojik destek gerekli olmaktadır. İnfertilite hemşiresi infertil çiftlerin isteklerini öğrenmeye, korkularını gidermeye, beklenti ve sorularını yanıtlamaya hazır olmalıdır. Bir araştırmada bir kadın: “*Birisinin eşimle daha fazla konuşup, duygularını tartışmasını isterdim*” demiştir. Tedavi kaynaklı stresi hafifletmek konusunda infertilite hemşiresi

önemli bir konumdadır. ÜYT merkezlerinde çalışan hemşireler, infertil çiftlere danışmanlık sağlamak bir çözüm kaynağıdır ve multidisipliner ekibin anahtar üyeleridir. İngiltere’de devlet ve özel sektörde hizmet veren infertilite kliniklerinde çalışan hemşirelerin rollerini ve eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla “*Fertilite Hemşireleri Grubu*” oluşturulmuştur. Ülkemizde ÜYT merkezlerinde çalışan hemşirelerin rollerine ilişkin herhangi bir standardizasyon ve protokol henüz geliştirilmemiştir. ^{47,68,69}

Diğer Roller: Hemşirelerin gittikçe önem kazanan diğer rolleri; hasta hakları savunuculuğu, mali danışmanlık ve yasal gözlemciliktir. Hastaların çoğunluğu tedavinin maddi yönünü de düşünmektedir. Ülkemizde ÜYT hizmetleri almayan yaklaşık 50-60 bin çift olduğu düşünülmektedir. Bunun sebebi bireyin / çiftin sağlık sigortası bulunmaması, merkezlerin ülke genelinde ulaşılabilirliğinin zor olması ve maddi kaygılardır ^{4,15,47}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde 20 Şubat 2016– 21 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı ilgili merkezde 1999 yılından itibaren, infertil çiftlere hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezine infertilite tedavisi için başvuran primer infertil kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihler arasında ilgili merkeze infertilite nedeniyle başvuran 270 primer infertil kadın oluşturmuştur. Araştırmaya alınan kadınlar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

İlgili merkeze bir yıl içerisinde başvuran infertil kadın sayısı bilinmemektedir. Bu nedenle araştırmaya alınması gereken örneklem sayısını belirlemek için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki gibidir.

Hedef kitledeki birey sayısı bilinmiyorsa: $n = t^2 * p * q / d^2$

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma.

Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında; $n = (1.96)^2 * 0.15 * 0.85 / (0.05)^2 = 195.9216$

Hesaplanan en az sayıya (196) ulaşınca kadar araştırmacının merkezde bulunduğu süre içerisinde araştırmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Verilerin toplanması sırasında veri kaybı olabileceği düşünülerek örneklem büyüklüğü 270 kişiye çıkarılmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri şunlardır;

- ✓ Okuma yazma bilen,
- ✓ Primer infertilite tanısı alıp tedavi sürecinde olan,
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan,
- ✓ Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olmayan ya da bu nedenden tedavi görmeyen kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 20 Şubat – 31 Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Anket Formu”, “İnfertilite Etkilenme Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır. Anket ve ölçekler, araştırmacı tarafından ilgili merkeze başvuran kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Kadınların sorulara rahatça cevap vermelerini sağlayabilmek için ilgili merkezde bulunan ayrı bir odada her bir kadınla yalnız görüşülmüştür. Anketin ve ölçeklerin uygulanması her bir kadın için ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

a) Anket Formu

Literatür bilgileri^{11,27,32,62,63,65} doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan formda kadınların sosyo-demografik, menstruasyon ve infertilite ile ilgili özelliklerini belirleyen 24 soru yer almaktadır (EK-II).

b) İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ)

Ölçek, Türk kadınlarının infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeylerini belirlemek için Akyüz ve ark.⁷⁰ tarafından geliştirilmiştir. 4'lü likert tipindeki ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Ölçekte 16 olumlu 5 olumsuz ifade yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması infertiliteden etkilenme düzeyinin de yüksek olduğu göstermektedir. Akyüz ve ark.⁷⁰ tarafından ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (EK-III).

c) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Sosyal desteğin değerlendirilmesi amacı ile Zimet ve ark.⁷¹ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Eker ve Arkar^{64,65} tarafından yapılmıştır. Ölçek 7'li likert tipi bir ölçek olup 3 alt boyuttan (aile, arkadaş ve özel kişi desteği) ve 12 maddeden oluşmaktadır.

Aile Desteği: Ölçeğin 3, 4, 8, 11. maddelerinden oluşmaktadır.

Arkadaş Desteği: Ölçeğin 6, 7, 9, 12. maddelerinden oluşmaktadır.

Özel Kişi Desteği: Ölçeğin 1, 2, 5, 10. Maddelerinden oluşmaktadır.

Ölçek toplamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.^{64,65} Bu çalışmada aile desteği alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0.90, arkadaş desteği alt boyutunun 0.90, özel kişi desteği alt boyutunun 0.88 ve ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı ise 0.92 bulunmuştur (EK-IV).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar, ortalama, tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), bağımsız gruplarda t testi, Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurulundan etik kurul onayı alınmış (EK-V) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır (EK-VI). Veri toplama araçları uygulanmaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, araştırmaya katılmaya gönüllü olanların alınması ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma bulguları çalışma kapsamına alınan primer infertil kadınlara genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=270)	Sayı	%
Yaş (ort.=31.54±5.86)		
18-25 yaş	47	17.4
26-35 yaş	155	57.4
36 yaş ve üzeri	68	25.2
Eşinin Yaşı (ort.=34.43±5.97)		
18-25 yaş	12	4.4
26-35 yaş	153	56.7
36 yaş ve üzeri	105	38.9
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	46	17.0
Ortaokul	40	14.8
Lise	75	27.8
Üniversite	109	40.4
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	22	8.1
Ortaokul	41	15.2
Lise	84	31.1
Üniversite	123	45.6
Kadının Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	167	61.9
Çalışıyor	103	38.1
Eşinin Mesleği		
İşsiz	7	2.6
Memur	76	28.1
İşçi	126	46.7
Serbest meslek	61	22.6
Yaşanılan Yer		
İl	183	67.8
İlçe	45	16.7
Köy	42	15.5
Tedavinin Yapıldığı Şehirde Yaşama Durumu		
Evet	184	68.1
Hayır	86	31.9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	231	85.6
Geniş Aile	39	14.4
Gelir Durumu		
Gelirim giderimden fazla	53	19.6
Gelirim giderime denk	206	76.3
Gelirim giderimden az	11	4.1
Sosyal Güvence		
Var	267	98.9
Yok	3	1.1
Evlilik Süresi (ort.=6.78±4.72)		
1-5 yıl	142	52.6
6-10 yıl	74	27.4
11 yıl ve üzeri	54	20.0
Evlenme Şekli		
Görücü usulü ile	103	38.1
Tanışarak	167	61.9

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Kadınların %57.4’ünün 26-35 yaş grubunda olduğu, %40.4’ünün üniversite mezunu olduğu ve %61.9’unun bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Kadınların eşlerinin %56.7’sinin 26-35 yaş grubunda olduğu, %45.6’sının üniversite mezunu olduğu ve %46.7’sinin işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların %67.8’inin il merkezinde ikamet ettiği ve %68.1’inin tedavinin yapıldığı şehirde yaşadığı saptanmıştır.

Kadınların %85.6’sının çekirdek aile tipine sahip olduğu, %76.3’ünün gelirinin giderine denk olduğu ve %98.9’unun sosyal güvencesinin bulunduğu tespit edilmiştir. %52.6’sının evlilik süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %61.9’unun tanışarak evlendiği saptanmıştır (Tablo 4.1).

Kadınların üreme sistemi ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Kadınların %83’ün menstrual siklusunun 21-35 gün arasında olduğunu, %85.9’unun siklusunun düzenli olduğunu ve %78.9’unun menstrual kanama süresinin 4-7 gün olduğunu belirtmiştir. Kadınların %13’ünün önceden bir üreme sistemi rahatsızlığı geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=270)	Sayı	%
Menstrual Siklus Süresi		
21 günden daha az	11	4.0
21-35 gün	224	83.0
35 günden daha fazla	35	13.0
Siklus Düzeni		
Düzenli	232	85.9
Düzensiz	38	14.1
Menstrual Kanama Süresi		
1-3 gün	24	8.9
4-7 gün	213	78.9
8 gün ve üzeri	33	12.2
Önceden Üreme Sistemi Rahatsızlığı Geçirme Durumu		
Evet (idrar yolu enf.vb)	35	13.0
Hayır	235	87.0

Kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Kadınların %89.3'ünün infertilite sebebini bildiği saptanmıştır. Tedavi özgeçmişine bakıldığında, %39.6'sının daha önce hiç tedavi almadığı ve kadınların büyük çoğunluğunun (%73.3) şu anda IVF tedavisi aşamasında olduğu belirlenmiştir. Kadınların %63.7'sinin infertilite süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %90.4'ünün son infertilite tedavisine devam süresinin 1-4 ay arasında olduğu bulunmuştur. Kadınların %74.8'inin infertilite tedavisi konusunda bilgi aldığı ve çoğunluğunun (%58.9) bilgi kaynağının sağlık çalışanı (doktor, hemşire) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=270)	Sayı	%
İnfertilite Sebebini Bilme Durumu		
Evet	241	89.3
Hayır	29	10.7
Tedavi Özgeçmişi*		
Daha önce hiç tedavi almamış	107	39.6
Hormon tedavisi	84	31.1
Aşılama	60	22.2
IVF	63	23.3
Şu Andaki Tedavi Aşaması		
Hormon tedavisi	5	1.9
Aşılama	67	24.8
IVF	198	73.3
İnfertilite süresi		
1-5 yıl	172	63.7
6-10 yıl	65	24.1
11 yıl ve üzeri	33	12.2
İnfertilite Tedavisine Devam Süresi		
1-4 ay	244	90.4
5-8 ay	26	9.6
Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumu		
Evet	202	74.8
Hayır	68	25.2
Bilgi Kaynağı (n=202)		
Sağlık çalışanı (Doktor, Hemşire)	119	58.9
Arkadaş, akraba, çevre	23	11.4
İnternet – TV	60	29.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

İEO ve ÇBASDÖ'den alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar ile kadınların aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadınların İEO'den aldıkları toplam puan ortalamasının 37.83 ± 8.31 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların

ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutundan 20.66±6.16, aile alt boyutundan 22.91±5.74, özel kişi alt boyutundan 19.90±6.87 puan aldıkları bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ'nün toplamından 63.48±15.90 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Puanlar ile Kadınların Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler		Ölçeklerden Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Puanlar	Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları X±SS
İEÖ	Toplam	84-21	37.83±8.31
	Arkadaş	28-4	20.66±6.16
ÇBASDÖ	Aile	28-4	22.91±5.74
	Özel Kişi	28-4	19.90±6.87
	Toplam	84-12	63.48±15.90

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.5); kadınların eşlerinin mesleğine, yaşanılan yere ve aile tipine göre ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$)

Kadınların yaşlarına göre ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalaması ve kadınların eşlerinin yaşlarına göre aile ve özel kişi alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$). Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerine göre ÇBASDÖ'nün tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Kadınların çalışma durumlarına göre ÇBASDÖ'nün arkadaş, aile alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$). Kadınların tedavinin yapıldığı şehirde yaşama durumlarına göre ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Kadınların ailelerinin ekonomik durumlarına göre ÇBASDÖ' nün arkadaş ve aile alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$). Kadınların evlilik sürelerine göre ÇBASDÖ' nün aile alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Kadınların evlenme şekillerine göre ÇBASDÖ' nün arkadaş ve aile alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	ÇBASDÖ Alt Boyutlar			Toplam Puan X±SS
	Arkadaş X±SS	Aile X±SS	Özel kişi X±SS	
Yaş				
18-25 yaş	21.00±5.88	24.76±4.65	21.87±5.76	67.63±14.22
26-35 yaş	20.59±6.24	22.78±5.77	19.65±6.99	63.02±15.80
36 yaş ve üzeri	20.58±6.23	21.95±6.13	19.10±7.12	61.64±16.92
<i>Test ve P değeri</i>	F=0.085 P=0.919	F=3.492 P=0.032	F=2.524 P=0.082	F=2.139 P=0.120
Eşinin Yaşı				
18-25 yaş	21.75±5.31	26.16±2.40	24.00±4.13	71.91±9.70
26-35 yaş	20.80±6.13	23.62±5.11	20.16±6.72	64.58±14.63
36 yaş ve üzeri	20.33±6.31	21.52±6.52	19.04±7.16	60.90±17.73
<i>Test ve P değeri</i>	KW=0.386 P=0.825	KW=11.686 P=0.003	KW=6.141 P=0.046	KW=5.310 P=0.070
Eğitim Durumu				
İlkokul Mezunu	17.76±6.62	19.10±6.40	17.78±6.23	54.65±16.94
Ortaokul	18.92±6.17	22.35±6.24	19.52±6.64	60.80±16.33
Lise	21.25±5.71	23.68±5.30	20.30±7.49	66.11±15.60
Üniversite	22.11±5.73	24.44±4.58	20.81±6.23	66.50±13.31
<i>Test ve P değeri</i>	F=7.188 P=0.000	F=10.232 P=0.000	F=2.088 P=0.102	F=7.508 P=0.000
Eşinin Eğitim Durumu				
İlkokul Mezunu	17.86±6.59	17.77±7.02	17.72±6.59	53.36±19.15
Ortaokul	20.39±5.46	21.95±5.86	19.95±5.27	62.29±14.67
Lise	19.96±6.63	23.11±5.56	19.16±6.97	62.25±15.58
Üniversite	21.73±5.79	24.02±5.05	20.77±7.23	66.52±15.15
<i>Test ve P değeri</i>	KW=10.106 P=0.018	KW=19.266 P=0.000	KW=8.252 P=0.041	KW=12.886 P=0.005
Kadının Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	19.67±6.11	22.27±6.04	19.73±6.41	61.67±16.17
Çalışıyor	22.27±5.91	23.96±5.08	20.17±7.57	66.40±15.07
<i>Test ve P değeri</i>	t=3.4377 P=0.001	t=2.362 P=0.019	t=0.515 P=0.607	t=2.395 P=0.017

Eşinin Mesleği				
İşsiz	19.00±7.28	22.71±5.99	19.21±7.64	62.19±18.21
Memur	21.35±5.97	23.48±5.56	20.85±6.46	64.39±15.67
İşçi	20.50±5.92	22.71±5.43	19.55±7.39	63.60±14.87
Serbest meslek	20.32±6.78	22.65±6.60	20.38±6.17	62.57±17.85
<i>Test ve P değeri</i>	KW=1.926 P=0.588	KW=2.005 P=0.571	KW=0.361 P=0.948	KW=0.265 P=0.966
Yaşanılan Yer				
İl	21.03±6.32	23.31±5.94	20.01±7.25	64.37±16.63
İlçe	20.46±5.89	22.44±5.29	19.64±5.84	62.55±14.55
Köy	19.23±5.61	21.69±5.20	19.66±6.27	60.59±13.84
<i>Test ve P değeri</i>	F=1.491 P=0.227	F=1.559 P=0.212	F=0.081 P=0.922	F=1.055 P=0.350
Tedavinin Yapıldığı Şehirde Yaşama Durumu				
Evet	21.16±6.11	23.25±5.74	20.36±6.97	64.79±15.96
Hayır	19.58±6.14	22.19±5.72	18.89±6.56	60.67±15.50
<i>Test ve P değeri</i>	t=1.983 P=0.048	t=1.412 P=0.159	t=1.648 P=0.101	t=1.993 P=0.047
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	19.38±6.15	22.69±5.64	19.64±7.05	61.71±13.82
Geniş Aile	20.87±6.14	22.95±5.77	19.94±6.85	63.77±16.24
<i>Test ve P değeri</i>	t=1.404 P=0.162	t=0.265 P=0.791	t=0.254 P=0.800	t=0.748 P=0.455
Gelir Durumu				
Gelirim giderimden fazla	21.98±5.60	24.35±4.41	20.33±7.37	66.67±13.95
Gelirim giderime denk	20.49±6.34	22.75±6.00	19.80±6.85	63.05±16.45
Gelirim giderimden az	17.45±3.35	19.00±4.38	19.63±4.84	56.09±11.22
<i>Test ve P değeri</i>	KW=9.269 P=0.010	KW=10.584 P=0.005	KW=1.159 P=0.560	KW=5.807 P=0.055
Evlilik Süresi				
1-5 yıl	21.35±5.88	23.60±5.57	20.09±6.68	64.32±14.25
6-10 yıl	20.53±6.29	22.87±5.30	20.00±7.05	64.14±16.13
11 yıl ve üzeri	20.05±6.19	21.16±6.47	19.37±6.73	60.59±17.36
<i>Test ve P değeri</i>	F=0.754 P=0.472	F=3.595 P=0.029	F=0.204 P=0.816	F=1.117 P=0.329
Evlenme Şekli				
Görücü usulü ile	19.16±6.29	21.47±6.21	19.10±6.50	59.74±16.12
Tanışarak	21.58±5.90	23.80±5.26	20.38±7.06	65.78±15.37
<i>Test ve P değeri</i>	t=3.191 P=0.002	t=3.299 P=0.001	t=1.493 P=0.137	t=3.076 P=0.002

F: One Way ANOVA, KW: Kruskal Wallis, t: Independent samples t testi

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.6); kadınların eğitim düzeyine, çalışma durumuna, eşinin eğitim düzeyine, eşinin mesleğine, yaşadıkları yere, sahip oldukları aile tipine, evlilik sürelerine ve evlenme şekillerine göre İEOÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (P>0.05).

Kadınların ve eşlerinin yaş gruplarına göre İEOÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (P<0.05).

Kadınların tedavinin yapıldığı şehirde yaşama durumlarına ve ailelerinin ekonomik durumlarına göre İEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 4.6. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	İEÖ Toplam Puan X±SS	Test ve P Değeri
Yaş		
18-25 yaş	35.44±7.86	F=12.192 P=0.000
26-35 yaş	38.50±8.45	
36 yaş ve üzeri	43.86±9.45	
Eşinin Yaşı		
18-25 yaş	34.58±9.13	KW=1.002 P=0.606
26-35 yaş	38.25±8.82	
36 yaş ve üzeri	41.41±9.91	
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	39.39±8.00	F=0.778 P=0.507
Ortaokul	38.25±8.05	
Lise	37.46±7.96	
Üniversite	37.28±8.76	
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	41.31±7.80	KW=5.990 P=0.112
Ortaokul	37.48±7.15	
Lise	37.98±9.00	
Üniversite	37.22±8.19	
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	38.40±7.76	t=1.438 P=0.152
Çalışıyor	36.91±9.09	
Eşinin Mesleği		
İşsiz	42.28±5.08	KW=6.020 P=0.111
Memur	37.59±9.23	
İşçi	38.33±7.92	
Serbest meslek	36.60±8.06	
Yaşanılan Yer		
İl	37.66±8.12	F=0.544 P=0.581
İlçe	37.40±8.81	
Köy	39.04±8.66	
Tedavinin Yapıldığı Şehirde Yaşama Durumu		
Evet	36.70±7.88	t=3.347 P=0.001
Hayır	40.26±8.71	
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	37.79±8.29	t=0.215 P=0.830
Geniş Aile	38.10±8.51	
Gelir Durumu		
Gelirim giderimden fazla	36.01±8.30	KW=8.162 P=0.017
Gelirim giderime denk	38.03±8.29	
Gelirim giderimden az	42.90±6.60	
Evlilik Süresi		
1-5 yıl	38.20±8.32	F=0.715 P=0.490
6-10 yıl	36.85±8.46	
11 yıl ve üzeri	38.22±8.11	
Evlenme Şekli		
Görücü usulü ile	37.71±8.44	t=0.184 P=0.854
Tanışarak	37.91±8.25	

Kadınların üreme sistemiyle ilgili bazı özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.7); kadınların menstrual siklus süresi, siklus düzeni, menstrual kanama süresi ve önceden bir üreme sistemi rahatsızlığı geçirme durumuna göre ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$)

Tablo 4.7. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=270)	Alt Boyutlar			Toplam Puan X±SS
	Arkadaş X±SS	Aile X±SS	Özel kişi X±SS	
Menstrual Siklus Süresi				
21 günden daha az	21.54±8.58	24.09±7.54	20.45±7.71	66.09±22.76
21-35 gün	20.50±6.11	22.62±5.88	19.61±6.95	62.75±16.21
35 günden daha fazla	21.40±5.66	24.40±3.77	21.54±5.91	67.34±10.23
<i>Test ve P değeri</i>	KW=2.161 P=0.339	KW=3.879 P=0.144	KW=2.406 P=0.300	KW=3.260 P=0.196
Siklus Düzeni				
Düzenli	20.56±6.14	22.70±5.91	19.65±6.96	62.92±16.33
Düzensiz	21.28±6.32	24.21±4.39	21.36±6.12	66.86±12.61
<i>Test ve P değeri</i>	t=0.676 P=0.500	t=1.499 P=0.135	t=1.424 P=0.156	t=1.419 P=0.157
Menstrual kanama süresi				
1-3 gün	20.70±5.98	23.91±3.80	19.08±7.47	63.70±13.35
4-7 gün	20.68±6.34	22.75±6.04	20.06±6.87	63.50±16.58
8 gün ve üzeri	20.51±5.11	23.24±4.85	19.42±6.55	63.18±13.26
<i>Test ve P değeri</i>	KW=0.431 P=0.806	KW=0.179 P=0.915	KW=0.917 P=0.632	KW=0.422 P=0.810
Önceden Üreme Sistemi Rahatsızlığı Geçirme Durumu				
Evet	21.77±4.78	23.20±4.56	20.25±5.59	65.22±12.85
Hayır	20.49±6.33	22.87±5.90	19.84±7.05	63.22±16.31
<i>Test ve P değeri</i>	t=1.142 P=0.255	t=0.310 P=0.757	t=0.329 P=0.742	t=0.696 P=0.487

Kadınların üreme sistemi ile ilgili bazı özelliklerine göre İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.8); kadınların menstrual siklus süresi, siklus düzeni, menstrual kanama süresi ve daha önceden bir üreme sistemi rahatsızlığı geçirme durumuna göre İEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Kadınların Üreme Sistemiyle İlgili Bazı Özelliklerine Göre İEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=270)	Toplam Puan X±SS	Test ve P Değeri
Menstrual Siklus Süresi		
21 günden daha az	33.81±9.16	KW=3.627 P=0.163
21-35 gün	38.23±8.25	
35 günden daha fazla	36.57±8.15	
Siklus Düzeni		
Düzenli	38.18±8.25	t=1.686
Düzensiz	35.73±8.43	P=0.093
Menstrual Kanama Süresi		
1-3 gün	39.00±8.90	KW=1.227 P=0.542
4-7 gün	37.52±7.95	
8 gün ve üzeri	39.00±10.07	
Önceden Üreme Sistemi Rahatsızlığı Geçirme Durumu		
Evet	39.22±7.28	t=1.062
Hayır	37.62±8.44	P=0.289

Kadınların infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.9); kadınların infertilite tedavisine devam süresine göre ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$)

Kadınların infertilite sebebini bilme durumuna, şuandaki tedavi aşamasına ve infertilite süresine göre ÇBASDÖ' nün aile alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Kadınların infertilite tedavisi konusunda bilgi alma durumuna göre ÇBASDÖ' nün aile alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=270)	Alt Boyutlar			Toplam Puan X±SS
	Arkadaş X±SS	Aile X±SS	Özel kişi X±SS	
İnfertilite Sebebinin Bilme Durumu				
Evet	20.51±6.06	22.75±5.68	19.82±6.82	63.09±15.65
Hayır	21.89±6.86	24.24±6.17	20.51±7.30	66.65±17.87
Test ve P değeri	U=2834.500 P=0.095	U=2677.000 P=0.036	U=3174.500 P=0.419	U=2846.000 P=0.102
Şu Andaki Tedavi Aşaması				
Hormon tedavisi	16.60±9.18	23.80±6.14	20.46±6.91	61.60±19.57
Aşılama	21.97±5.47	24.53±5.12	21.20±6.37	66.97±14.36
IVF	20.48±6.60	22.34±5.85	19.67±6.88	62.34±16.22
Test ve P değeri	KW=4.606 P=0.100	KW=10.962 P=0.004	KW=1.099 P=0.577	KW=4.306 P=0.116
İnfertilite süresi				
1-5 yıl	21.10±5.92	23.48±5.57	20.36±6.85	64.23±15.77
6-10 yıl	20.68±6.20	22.66±5.47	20.06±6.84	64.13±15.00
11 yıl ve üzeri	19.66±6.45	20.48±6.60	18.09±6.97	58.24±17.76
Test ve P değeri	F=0.600 P=0.549	F=3.938 P=0.021	F=1.352 P=0.261	F=2.056 P=0.130
İnfertilite Tedavisine Devam Süresi				
1-4 ay	20.66±6.19	23.00±5.77	19.88±6.93	63.54±16.00
5-8 ay	20.61±5.89	22.15±5.51	20.07±6.32	62.84±15.28
Test ve P değeri	U=3127.500 P=0.906	U=2752.500 P=0.258	U=3131.500 P=0.915	U=3068.500 P=0.784
Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumu				
Evet	21.11±5.97	23.52±5.17	20.31±6.90	64.96±14.84
Hayır	19.72±6.46	21.65±6.63	19.03±6.75	60.42±17.60
Test ve P değeri	t=1.742 P=0.083	t=2.530 P=0.012	t=1.443 P=0.150	t=2.215 P=0.028

U: Mann Whitney U testi

Kadınların infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.10); kadınların infertilite tedavisine devam süresine ve tedavi konusunda bilgi alma durumlarına göre İEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$).

Kadınların infertilite sebebinin bilme durumuna, şuanadaki tedavi aşamasına ve infertilite süresine göre İEÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($P<0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre İEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=270)	Toplam Puan X±SS	Test ve P Değeri
İnfertilite Sebebinin Bilme Durumu		
Evet	38.26±8.31	U=2458.500 P=0.009
Hayır	34.24±7.46	
Şu Andaki Tedavi Aşaması		
Hormon tedavisi	41.40±7.92	KW=10.101 P=0.006
Aşılama	34.98±7.11	
IVF	38.71±8.49	
İnfertilite süresi		
1-5 yıl	38.64±9.50	F=3.313 P=0.038
6-10 yıl	40.23±9.46	
11 yıl ve üzeri	43.09±8.61	
İnfertilite Tedavisine Devam Süresi		
1-4 ay	37.80±8.27	U=3130.000 P=0.912
5-8 ay	38.11±8.83	
Tedavi Konusunda Bilgi Alma Durumu		
Evet	37.38±8.40	t=0.619 P=0.537
Hayır	38.05±8.28	

Tablo 4.11’de ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile İEÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki gösterilmiştir. ÇBASDÖ’nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile İEÖ’nün toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. ÇBASDÖ Puan Ortalamaları İle İEÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ÖLÇEKLER		İEÖ TOPLAM
ÇBASDÖ	Arkadaş	r p
		-.256* 0.000
	Aile	r p
		-.221* 0.000
	Özel Kişi	r p
		-.206* 0.001
	TOPLAM	r p
		-.268 0.000

*p<0.001

5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır. Çalışma kapsamına alınan kadınların ÇBASDÖ'nin Arkadaş alt boyutu puan ortalamasının alt boyutlardan alınabilecek puanlara göre (4-28) ortalanca değerin üzerinde olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan kadınların arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma bulgusuna benzer şekilde Eren Bodur⁷²; Eren⁵¹, Aldemir ve ark.'nın¹¹ infertil kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarda da arkadaştan algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında Karlidere ve ark.¹⁰, Kuş²⁷, Candan⁷³, Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmalarında ise arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyinin araştırma bulgusundan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kadınların ÇBASDÖ'nin Aile alt boyutu puan ortalamasına göre aileden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiştir. Eren'in⁶⁵ *“İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin, İnfertilite ile İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine”* isimli çalışmasında infertil kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri araştırma bulgusuna benzerdir. Erdem ve Apay'ın⁶³ *“İnfertil Kadınlarda Sosyal Destek ile Depresyon Arasındaki İlişkiyi”* belirledikleri çalışmada aileden algılanan destek düzeyleri bu araştırma bulgusuyla örtüşmektedir. Candan'ın⁷³ yapmış olduğu çalışma bulguları da araştırma bulgusuna benzerdir. Literatürde aileden algılanan destek düzeylerine yönelik araştırma bulgusundan daha yüksek puanlara sahip çalışmalar da mevcuttur.^{10,11,27}

ÇBASDÖ'nin Özel Kişi alt boyutu puan ortalamasının ortalanca değerin üstünde olduğu ve kadınların özel kişiden algıladıkları sosyal desteğin de yüksek olduğu görülmektedir. Eren⁶⁵, Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmalarında da özel kişiden algılanan sosyal desteğin ortalanca değerin üstünde olduğu görülmüştür. Fakat Candan⁷³ ve

Kuş'un²⁷ çalışmalarında özel kişiden algılanan sosyal desteğin ortalanca değerden düşük; Aldemir ve ark.'nın¹¹ çalışmasında ise ortalanca değerin çok üstünde olduğu görülmüştür.

Araştırmada kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının ölçeğin toplamından alınabilecek puanlar dikkate alındığında (12-84) ortalanca değerden yüksek olduğu belirlenmiş ve kadınların başta aileleri olmak üzere arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu saptanmıştır. Eren'in⁶⁵ 2008 yılında Ankara'da infertil çiftlerde yapmış olduğu çalışmasının bulgusu araştırma bulgusuyla benzerdir. Fakat literatürde araştırma bulgusundan farklı bulgulara sahip çalışmalar da mevcuttur.^{11,27,63}

İEO'nin kesme puanı olmamakla birlikte, ölçekten alınabilecek puanlar (21-84) dikkate alındığında, araştırma kapsamına alınan kadınların puan ortalamasının ortalanca değerin kısmen üzerinde olduğu bulunmuştur. Buna göre çalışma kapsamına alınan primer infertil kadınların infertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Ünal ve ark.'nın⁹ çalışmasında kadınların infertilite etkilenme puanlarının çalışma bulgusuna yakın olduğu görülmektedir. Literatürde çalışma bulgusundan daha yüksek puanlara sahip çalışmalar bulunmaktadır.^{70,74,75}

Kadınların yaşlarının ÇBASDÖ'nin aile alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($P>0.05$). Araştırmada 18-25 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu ve yaş arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Çalışma bulgusundan farklı olarak Kuş'un²⁷ yapmış olduğu çalışmada; kadınların yaş grupları ile sadece ÇBASDÖ toplam puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu alt boyutlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Erdem ve Apay'ın⁶³ 2014 yılında Elazığ'da yapmış oldukları çalışmada ise

infertil kadınların yaşlarının ÇBASDÖ'nün puan ortalamalarını etkilemediği görülmüştür. Fakat bu çalışmada ve Erdem ile Apay'ın⁶³ çalışmasında yaş ilerledikçe ÇBASDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür. Fertilite oranlarının en fazla olduğu yaşlar kadınlarda 20-25 yaşları arasındır ve yaş ilerledikçe kaliteli oosit oranı azaldığı için gebe kalma şansında azalmaktadır.^{2,34,76} Buradan yola çıkarak infertil kadınların infertilitenin tedavi sürecinde çocuk sahibi olamayacağını kesin olmaması ve gelecekte yaşın artmasına bağlı gebe kalamama riski ile karşılaşma endişesi yaşamaları nedeniyle aileleri tarafından verilen desteği yeterince algılayamadıkları düşünülebilir.

Kadınların eşlerinin yaşlarının ÇBASDÖ'nin aile ve özel kişi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların yaş grubunda olduğu gibi eşleri 18-25 yaş grubunda olan kadınların ailesinden ve özel kişiden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında kadınların eşlerinin yaş grupları ile özel kişi alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, eşleri 19-28 yaş grubunda olan kadınların algıladıkları özel kişi desteğinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların eşlerinin yaşı ilerledikçe ÇBASDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Erkeklerdeki fertilite oranları 20-30 yaşları arasında en fazla olmakla birlikte 40 yaşından sonra hafif azalmakta ve ileri yaşlara kadar devam etmektedir.^{2,34,76} Eşlerin yaşları ilerledikçe çocuk sahibi olamayacaklarını düşünmeleri eşlerine yeterince destek olamadıkları ve kadınların da eşlerinin ilerleyen yaşlarından kaynaklı gebelik şanslarının azalacağını düşünmeleri nedeniyle aileleri ve eşleri tarafından verilen desteği yeterince algılayamadıkları düşünülebilir.

Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin ÇBASDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunurken ($p<0.05$) eğitim düzeyi yükseldikçe ÇBASDÖ

alt boyut ve toplam puan ortalamalarının da yükseldiği görülmüştür. Eren'in⁶⁵ çalışmasında aile alt boyutunda, Candan'ın⁷³ çalışmasında ölçek toplam puanında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatürde araştırma bulgusuna benzer olmayan sonuçlar da bulunmuştur.^{27,62,63} Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda eş, aile ve arkadaş desteğine yönelik farkındalığın ve algılama düzeyinin de arttığı söylenebilir.

Kadınların çalışma durumlarının ÇBASDÖ'nün özel kişi alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve çalışan kadınların genel olarak algıladıkları sosyal desteğin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kuş'un²⁷ çalışmasının sonuçları araştırma bulgusuyla uyusmamaktadır. Ancak çalışma bulgularına benzer şekilde Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında da kadınların çalışma durumunun aile alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamalarını etkilediği bildirilmiştir. Kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe gelir getiren bir işte çalışma ve ekonomik güce sahip olmasının, sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmasına yardımcı olabileceği ve çevresindekilerde de bu konuda farkındalık yaratabileceği düşünülürse; kadınların gelir getiren bir işte çalışmasının dolaylı olarak algıladıkları sosyal desteği de olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Kadınların eşinin mesleğinin ve yaşadıkları yerin ÇBASDÖ'nün bütün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak eşi memur olan ve şehir merkezinde ikamet eden kadınların tüm alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu ve genel olarak algıladıkları sosyal desteğin diğerlerinden fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında da bu iki değişkenin ÇBASDÖ'nün tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirtilmiştir. Şehirde yaşayan kadınların sosyal ortamlarının fazla olması, arkadaş edinme imkânının fazla olması, eşi ile dışarıda fazla zaman

geçirmesi vb. durumlardan dolayı il merkezinde yaşayan kadınların algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu söylenebilir.

Kadınların tedavinin yapıldığı şehirde yaşama durumlarının ÇBASDÖ' nün arkadaş alt boyutu ve toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Tedavinin yapıldığı şehirde yaşayan kadınların hem algıladıkları arkadaş desteğinin hem de genel olarak algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgusundan farklı olarak Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında tedavinin yapıldığı şehirde yaşayan kadınların algıladığı sosyal destekte herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Kadınların yaşadıkları aile tipinin ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak geniş aile yapısında olan kadınların ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma bulgusu Candan'ın⁷³ çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu durum geniş ailede yaşayan kadınların aile içinde yaşanan sevinç, üzüntü, keder ve hastalık gibi durumlarda aile desteğine daha kolay ulaştıklarını ve geniş aile yapısının sosyal destek durumlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Kadınların gelir durumlarının ÇBASDÖ'nün arkadaş ve aile alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$), gelir düzeyi fazla olan kadınların algıladıkları arkadaş ve aile desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde araştırma bulgusuyla uyuşmayan çalışmalar mevcuttur.^{62,63,65} Çalışma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin yüksek eğitim düzeylerine sahip olmalarının buna paralel olarak gelir getiren bir işte çalışmalarının sonucu olarak gelir düzeylerinin iyi olmasının dolaylı olarak sosyal desteği algılama düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceği veya

çiftlerin sosyoekonomik özelliklerine benzer özelliklere sahip olan aileleri ve sosyal çevreleri tarafından verilen destek düzeylerinin de yüksek olabileceği düşünülebilir.

Kadınların evlilik sürelerinin ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve evlilik süresi az olan kadınların diğer kadınlara göre algıladıkları aile desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eren'in⁶⁵ ve Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmalarında da araştırma bulgusuna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Evlilik yılı arttıkça algılanan sosyal destekte azalma görülmektedir. Evliliğin ilk yıllarında çiftlerden beklenen en önemli görevlerden biri de çocuk sahibi olmalarıdır. Bu nedenle aileler çiftleri daha fazla destekleyip bu süreçte yardımcı olarak algılanan aile desteğini artırmış olabilir.

Kadınların evlenme şekillerinin ÇBASDÖ'nün arkadaş ve aile alt boyutları ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve daha önceden tanıştığı biriyle evlenen kadınların hem algıladıkları arkadaş ve aile desteğinin hem de genel olarak algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen aile ve özel kişi alt boyutunda tanışarak evlenenlerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre İEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda; kadının yaş grubu, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama ve gelir durumu hariç diğer özelliklerin İEÖ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur ($P>0.05$). Ünal'ın⁹ 2010 yılında Ankara'da kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, yaş, sosyal güvence ve gelir durumunun İEÖ puan ortalamasını etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmada kendisi 18-25 yaş arasında olan, tedavinin yapıldığı yerde ikamet etmeyen ve gelir düzeyi giderinden az olan kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha fazla

etkilendiği görülmüştür. Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında kadınların yaşı arttıkça depresyon belirtilerinin de arttığı belirtilmiştir. Yaş infertiliteyi etkileyen temel faktörlerden biridir.²⁹ Kadının yaşı ile infertilite tedavisinin başarısı arasında oldukça önemli bir ilişki vardır.^{2,33,34} Kadının yaşının artmasının çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, bu nedenle de psikolojik olarak etkilenmenin artmasına yol açtığı düşünülebilir. Tedavi için başka bir şehre gitmek için ulaşım, yeme-içme ve konaklama için harcanacak para aile ekonomisine fazladan yük getirerek kişileri olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Özellikle bu kişilerin gelir durumları kötü ise etkilenmeleri daha da fazla olabilir. Ayrıca yapılan diğer çalışmalar tedavinin finansal yükünün çocuksuz kadınların ruh sağlığını bozduğunu, gelir durumu yükseldikçe depresyonun, psikolojik sıkıntı ve yalnızlık düzeyinin azaldığını göstermektedir.^{18,19,32,53} Abbey ve ark.'nın⁷⁷ çalışmasında da infertilite tedavisi boyunca harcanan para ile kadınların stres düzeyleri arasında önemli bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir.

Kadınların üreme sistemiyle ilgili bazı özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların tüm özelliklerinin ölçek alt boyutlarını ve toplam puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan düzensiz sıklusa sahip olanlar ve daha önceden üreme sistemine ait enfeksiyon geçirenlerin diğer kadınlara göre daha fazla sosyal destek algıladığı görülmektedir. Bunun nedeni yaşanan olumsuzluklarda (aşırı yada az kanama, enfeksiyon vb.) kadınların etrafındaki kişiler (aile, arkadaş vb.) ile bu durumu konuşup yardım arama davranışı olabilir.

Kadınların üreme sistemiyle ilgili bazı özelliklerine göre İEÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların tüm özelliklerinin ölçeğin puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan 21-35 gün arasında düzenli sıklusa sahip olanlar ve daha önceden üreme sistemine ait

enfeksiyon geçirenlerin diğer kadınlara göre infertiliteden daha fazla etkilendiği söylenebilir. Bunun nedeni düzenli ve normal aralıkta adet gören kadınlarda gebelik meydana gelmeyince daha fazla olumsuz etkilendikleri söylenebilir.

Kadınların evlilik sürelerinin ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve evlilik süresi az olan kadınların diğer kadınlara göre algıladıkları aile desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evlilik süresi az olan kadınların çocuk sahibi olamadıkları süre de az olacağı için gebe kalmaya yönelik şanslarının fazla olduğu düşüncesi ile ailesi tarafından desteklenerek, ümitlendirerek çocuk sahibi olma konusunda kadına güç vererek kadının aileden algıladığı sosyal desteği artırmış olabilir.

Kadınların infertilitenin sebebini bilme durumunun ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve infertilite sebebini bilmeyen kadınların algıladıkları aile desteğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınlar infertilitenin sebebini kime ait olduğunu bilmedikleri için kendilerini daha az suçlamış ve daha az kötü hissetmiş ve aileleri ile mevcut durumu görüşerek aileden algılan sosyal desteği daha fazla hissetmiş olabilirler.

Kadınların şuanda uygulanan tedavi türünün ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve aşılama tedavisi uygulanan grubun aileden algıladığı sosyal desteğin daha fazla olduğu görülmüştür.

Kadınların infertilite süresinin ÇBASDÖ'nin aile alt boyutu puan ortalamasını etkilediği ($p<0.05$) bulunurken tedavi süresi kısa (1-5 yıl) olanların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Kuş'un²⁷ çalışmasında da infertilite tanısı sonrası geçen sürenin ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarını etkilediği belirtilmiştir. Tedavi süresinin kısa olması, ailesi tarafından desteklenerek, ümitlendirerek çocuk sahibi olma konusunda kadına güç vererek kadının aileden algıladığı sosyal desteği artırmış olabilir.

Kadınların tedavi süresinin ÇBASDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği ($p>0.05$) ancak tedavi süresi kısa olan kadınların algıladığı sosyal destek tedavi süresi uzun olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınların infertilite tedavisi hakkında bilgi alma durumlarının ÇBASDÖ'nin aile alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). İnfertilite konusunda bilgi alan kadınların infertilitenin sebebine, tedavisine ve bu problemin çözümüne olan inançlarının arttığı ve ailesinden gelen sosyal desteği daha fazla algıladıkları düşünülebilir. Çalışmada arkadaş ve özel kişi alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde Akyüz ve ark.³⁰ çalışmasında infertil çiftlerin arkadaşları ile görüşme sıklıklarının azaldığını bulmuştur. Bu sonuçlar, infertil kadınların fertil ve çocuklu kişilerle bir arada bulunmaktan kaçındıklarını ve doğurganlıklarına olan öfke nedeniyle arkadaşlarını uzaklaşma eğiliminde olduklarını ve arkadaşlarından gelen sosyal desteği de algılamadıkları düşünülebilir.

Kadınların infertilitenin sebebini bilme durumunun İEÖ puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve infertilitenin sebebini bilen kadınların infertiliteden daha çok etkilendiği görülmektedir. Araştırmada infertilite nedenini bilmeyen kadınların sosyal destek algılarının yüksek olması da bu bulguyu destekleyerek araştırmanın iç tutarlılığını göstermektedir. İnfertilite sebebini bilmeyen kadınlarda ya infertilite sebebi bulunamıyor ya da sebep belli iken kadın tarafından bu bilinmiyor olabilir. Bu durumun kadın tarafından infertiliteye neden olabilecek mevcut bir sorunun olmadığı şeklinde algılanmasının kadında psikolojik olarak bir rahatlamaya, infertilite sebebini bilen kadınlarda ise; infertilitenin mevcut bir sorundan kaynaklandığının anlaşılması ve bunun kadın tarafından bilinmesinin, kadının gebe kalma umudunun azalmasına dolayısıyla daha fazla olumsuz etkilenmesine neden olduğu düşünülebilir.

Kadınların uygulanan tedavi türünün İEÖ puan ortalamalarını etkilediği ($p<0.05$) ve hormon tedavisi alan kadınların infertiliteden daha çok etkilendikleri görülmektedir. Kadın infertilitesinin nedenlerinden biri ovulatuvar disfonksiyondur ve tedavisinde ovulasyon indüksiyonu uygulanmaktadır. Ovulasyon indüksiyonunda amaç; overiyi uyuracak hormonal ilaçların yardımıyla çok sayıda ve iyi kalitede oosit gelişimini sağlamaktır. Bu ilaçlar oldukça güçlü olduğundan, ovarian hiperstimülasyona neden olabilmekte ve bazen hastanede yatışı gerektirecek kadar ciddi olabilecek bazı problemlere neden olmaktadır. İlaçların bu tarz istenmeyen durumlarının kadınlarda psikolojik olarak etkilenmeye neden olabileceği düşünülebilir. Ayrıca aşılama ve IVF gibi üremeye yardımcı teknikler uygulanacak hastalara öncelikle hormonal tedavi uygulanır ve bu tedavi sonrası çok sayıda ve iyi kalitede yumurta oluşursa aşılama veya tüp bebek tedavisine geçilir. Ancak istenilen sayıda ve kalitede yumurta hücresi oluşmazsa tedavi süreci tekrar başa döner. Bu nedenle hormonal tedavi alan kadınlar bu süreçte psikolojik olarak daha çok etkilenebilirler.^{25,29,47}

Kadınların infertilite süresinin İEÖ'nin puan ortalamasını etkilediği ($p<0.05$) ve infertilite süresi uzun olan kadınların etkilenmelerinin yılları az olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocuksuz geçen süre arttıkça bu durum kadınlarda olumsuz düşüncelerin artmasına ve gebe kalmaya ilişkin umutların azalmasına, bu nedenle de psikolojik olarak etkilenmenin artmasına yol açtığı düşünülebilir.

Kadınların tedavi süresinin İEÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak puan ortalamaları incelendiğinde; tedavi süresi uzun olan kadınların etkilenmeleri tedavi süresi kısa olanlara göre daha fazladır. Tedavi süresi uzadıkça yapılan girişimler artarak daha çok sayıda uygulandığında tedavi süresi uzun olan kadınlar daha fazla etkilenmiş olabilir.

Kadınların infertilite tedavisi hakkında bilgi alma durumlarının İEÖ puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak puan ortalamalarına bakıldığında; infertilite tedavisi hakkında bilgi almayan kadınlar infertiliteden daha fazla etkilenmişlerdir. Araştırmada infertilite tedavisine yönelik bilgi alan kadınların sosyal destek algılarının yüksek olması da bu bulguyu destekleyerek araştırmanın iç tutarlılığını göstermektedir. İnfertilite konusunda bilgi alan kadınların infertilitenin sebebine, tedavisine ve bu problemin çözümüne olan inançlarının artmasının psikolojik olarak etkilenmenin azalmasına yol açtığı düşünülebilir.

ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile İEÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların algılamış oldukları sosyal destek arttıkça infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Kadınların eşlerinden, ailelerinden ve arkadaşlarından maddi, manevi, duygusal ve bilgisel destek aldıkça hem tedavi arama davranışı artacak hem de bu olumsuz durumla baş etmesi kolaylaşacaktır. Eren Bodur ve ark.'nın⁷² çalışmasında da infertil çiftlerde aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerine olumlu etkisinin olduğu ve evlilik uyumu arttıkça da depresyon ve anksiyete düzeyinin düştüğü belirtilmiştir. Erdem ve Apay'ın⁶³ çalışmasında kadınların algılamış oldukları sosyal destek arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı bildirilmiştir. İnfertil kadınlarla yapılan çalışmalarda sosyal destek yokluğunun infertil kadınlarda anksiyete, kaygı ve depresyon belirtilerinin daha yüksek oranda görülmesine neden olduğu saptanmıştır.^{11,12,63,67}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışma kapsamına alınan primer infertil kadınların başta aileleri olmak üzere arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu,
- İnfertiliteden psikolojik olarak olumsuz etkilenme düzeyinin orta düzeyde olduğu,
- Kadınların yaşlarının ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu hariç ölçek toplam puanını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği ve 18-25 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu,
- Kadınların eşlerinin yaşlarının ÇBASDÖ'nün aile ve özel kişi alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ve eşleri 18-25 yaş grubunda olan kadınların ailesinden ve özel kişiden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu,
- Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin ÇBASDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve eğitim düzeyi yükseldikçe ailelerinden, arkadaşlarından ve eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu,
- Kadınların çalışma durumlarının ÇBASDÖ'nün özel kişi alt boyutu hariç toplam puan ortalamalarını ve diğer alt boyut puan ortalamalarını etkilediği ve çalışan kadınların genel olarak algıladıkları sosyal desteğin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu,
- Kadınların eşinin mesleğinin ve yaşadıkları yerin ÇBASDÖ'nün alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği,

- Kadınların tedavinin yapıldığı şehirde yaşama durumlarının ÇBASDÖ' nün arkadaş alt boyutu ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve tedavinin yapıldığı şehirde yaşayan kadınların hem algıladıkları arkadaş desteğinin hem de genel olarak algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu,
- Kadınların yaşadıkları aile tipinin ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği,
- Kadınların gelir durumlarının ÇBASDÖ'nün arkadaş ve aile alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği ve gelir düzeyi fazla olan kadınların algıladıkları arkadaş ve aile desteğinin daha yüksek olduğu,
- Kadınların evlilik sürelerinin ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve evlilik süresi az olan kadınların diğer kadınlara göre algıladıkları aile desteğinin daha yüksek olduğu,
- Kadınların evlenme şekillerinin ÇBASDÖ' nün arkadaş ve aile alt boyutları ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve daha önceden tanıştığı biriyle evlenen kadınların hem algıladıkları arkadaş ve aile desteğinin hem de genel olarak algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu,
- Kadınların yaş grubu, tedavinin yapıldığı şehirde yaşama durumu ve gelir durumu hariç diğer özelliklerin İEÖ puan ortalamasını etkilemediği, 18-25 yaş arasında olan, tedavinin yapıldığı yerde ikamet etmeyen ve gelir düzeyi giderinden az olan kadınların infertiliteden psikolojik olarak daha fazla etkilendiği,
- Kadınların üreme sistemiyle ilgili özelliklerinin ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasını etkilemediği,
- Kadınların üreme sistemiyle ilgili bazı özelliklerinin İEÖ puan ortalamasını etkilemediği,

- Kadınların infertilitenin sebebini bilme durumunun ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve infertilite sebebini bilmeyen kadınların algıladıkları aile desteğinin daha fazla olduğu,
- Kadınların şunda uygulanan tedavi türünün ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği ve aşılama tedavisi uygulanan kadınların aileden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu,
- Kadınların infertilite süresinin ÇBASDÖ'nin aile alt boyutu puan ortalamasını etkilediği ve tedavi süresi kısa (1-5 yıl) olanların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu,
- Kadınların tedavi süresinin ÇBASDÖ'nün alt boyut ve toplam puan ortalamalarını etkilemediği,
- Kadınların infertilite tedavisi hakkında bilgi alma durumlarının ÇBASDÖ'nün aile alt boyutu ve toplam puan ortalamalarını etkilediği ve infertilite konusunda bilgi alan kadınların aileden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu,
- Kadınların infertilitenin sebebini bilme durumunun İEÖ puan ortalamalarını etkilediği ve infertilitenin sebebini bilen kadınların infertiliteden daha çok etkilendiği,
- Kadınlara uygulanan tedavi türünün İEÖ puan ortalamalarını etkilediği ve hormon tedavisi alan kadınların infertiliteden daha çok etkilendikleri,
- Kadınların infertilite süresinin İEÖ'nün puan ortalamasını etkilediği ve infertilite süresi uzun olan kadınların etkilenmelerinin süresi az olanlara göre daha fazla olduğu,
- Kadınların tedavi süresinin ve infertilite tedavisi hakkında bilgi alma durumlarının İEÖ puan ortalamalarını etkilemediği,

- ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile İEÖ toplam puan ortalaması arasındaki negatif yönde bir ilişki olduğu ve kadınların algılamış oldukları sosyal destek arttıkça infertiliteden olumsuz etkilenme düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ İnfertil kadınların yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik girişimlerin hizmet içi eğitim programlarıyla hemşirelere anlatılarak öneminin kavratılması,
- ✓ Hemşirelerin, infertilite tanısı almış olan kadınların sosyal destek mekanizmalarını gözden geçirmesi, aile ve diğer sosyal destek sistemlerinde var olan desteğin olumlu yönde kullanılmasına yardımcı olması, yetersiz desteğe sahip olan bireylerin ise sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik girişimler yapması,
- ✓ İnfertil kadının sadece jinekolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmesi ve gerekli görüldüğünde psikolog ya da psikiyatrist ile görüştürülmesi,
- ✓ İnfertil olan kadınların psikolojik sorunlar açısından daha yakından izlenmesi,
- ✓ İnfertil kadınlarda algılanan sosyal desteğin psikolojik sorunlara etkisini daha net belirleyebilmek için tedavi sonucunda gebelik elde edilen ve gebelik elde edilemeyen gruplarda karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,

önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 2009, 92:1520-1524.
2. World Health Organization. *Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction*, Geneva, 2002: 17-21.
3. Moghadam AD, Delpisheh A, Khosravi A. Epidemiology of female infertility; a review of literature, *Biosci, Biotech. Res. Asia*, 2013, 10:559-567.
4. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5: 162-178.
5. Speroff L, Glass NH, Kase RG. *Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility*, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 1999:1075-1133.
6. Cousineau TM, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 2007, 21:293-308
7. Diriol CC, Giami A. The impact of infertility and treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil*, 2004, 32:624-637.
8. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:140-148.
9. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2010, 9:481-486.
10. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler KN, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar,

sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18:311-322.

11. Aldemir S, Eser A, Ozturk Turhan N, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015, 28:328-336
12. İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J Health Sci*, 2016, 2:79-84.
13. Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6:165-184.
14. Lee TY, Sun GH. Psychosocial response of chinese infertile husbands and wiwes. *Arch Androl*, 2000, 45:143-148.
15. Kırca N. İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
16. Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC, Lee MS, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*, 2010, 24:507-13.
17. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3:80-85.
18. Upkong D, Orji E. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17:259-65.
19. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2006, 33: 44-6.

20. Şen S, Sevil Ü. Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. *JACSD*, 2016, 6:63-82.
21. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. *AJCP*, 2002, 117:95-103.
22. London M, Ladewig PA, Ball JW, Bindler RC. *Maternal& Child Nursing Care*, 2nd ed. Prentice Hall, 2006:122-138.
23. Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. *Iran J Reprod Med*, 2009, 7:97-103.
24. Penol ML. *Çağdaş, Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*, 4. Baskı. İstanbul, Barış Kitabevi, 1994: 1283-1295.
25. Cahill DJ, Wardle PG. Management of infertility. *BMJ*, 2002, 325:28–32.
26. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 2:68-75.
27. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Destegın Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
28. Denson V. Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract*, 2006, 1: 380-386.
29. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 8.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007:516-520.
30. Akyüz A. İnanç N. Pabuçcu R. In vitro fertilizasyon ünitesinde eşlere yönelik hemşirelik faaliyetlerinin planlanmasında temel alınacak deneyim ve gereksinimlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 1999, 41:37-45.
31. Jose-Miller AB, Boyden JW, Frey KA. Infertility. *American Family Physician*, 2007, 75: 849-856.

32. McQuillan J, Greil AL, White L, Jacob MC. Frustrated fertility: infertility and psychological distress among women. *Aust J Marriage Fam*, 2003, 65:1007-1018.
33. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Aging and infertility in women. *Fertil Steril* 2006, 86:S248–S252
34. Liu K, Case A. Advanced reproductive age and fertility, *SOGC Clinical Practice Guideline*, 2011, 269.
35. Ender-Yumru A, Öndeş B. İnfertil Çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon’a doğru hasta seçimi. *JAREM*, 2011, 1: 57-60.
36. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Çeviri: Erk A, Günalp S. *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite*, 7. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2007:1200-1250.
37. Aşçı R, Çayan S, Erdemir F, Orhan İ, Yaman Ö, Usta MF, Kendirci M, Ekmekçioğlu O, Kadioğlu A. *Erkek Reprodüktif Sistem Hastalıkları ve Tedavisi*, 2. Baskı. Türk Androloji Derneği Yayını, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2013:18-21.
38. Brannstorm M, Zackrisson U, Hagstrom HG, Josefsson B, Hellberg P, Granberg S, Collins WP, Bourne T. Preovulatory changes of blood flow in different regions of the human follicle. *Fertil Steril*, 1998, 69: 435-442.
39. Vermesh M, Kletzky OA, Dajavan V, Israel R. Monitoring technique stop predict and detect ovulation. *Fertil Steril*, 1987, 47: 259-264.
40. Wathen NC, Perry L, Lilford RJ, Chard T. Interpretation of single progesterone measurement in diagnosis of anovulation and defective lutealphase: observations on analysis of the normal range. *Br Med J*, 1984, 288: 7-9.

41. Duggan MA, Brashert P, Ostor A, Scurry J, Billson V, Kneafsey P. The accuracy and inter observer reproducibility of endometrial dating. *Pathology*, 2001, 33:292-297.
42. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med*, 1997, 337:217-22.
43. Gibbs R, Karlan B, Haney AF, Nygaard IE. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 10th ed. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2008:705-715.
44. McKinney E.S. Ashwill JW, Murray SS, James SR, Gorrie TR, Droske SC. *Maternal-Child Nursing*, 1st ed. W.B. New York, Saunders Company, 2005:200-213.
45. Frey KA, Patel KS. Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician. *Mayo Clin Proc*, 2004, 79:1439-1443.
46. Yazdani A, McLachlan RI, Kovacs G, Howlett D. Management of the infertile couple. *Aust Fam Physician*, 2005, 34:111-118.
47. Dikencik BK. Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde: Beji NK. (editör). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*, 7. Baskı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001:25-55.
48. Çolgar V. İn vitro fertilizasyon ve embriyo transferi. *Türk J Obstet Gynecol*, 1998, 2:73-81.
49. Tüzer, V, Tuncel A, Göka S, Bulut SD, Yüksel FV, Atan A, Göka E. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turk J Med Sci* 2010, 40:229-237.

50. Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Beji NK. (editör). *İnfertilite Hemşireliği*, İstanbul, Acar Basım ve Cilt San. Tic. AŞ, 2009: 69-88.
51. Eren N. İnfertil çiftlerde Algılanan Sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara, 2008.
52. Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12:126-132.
53. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2002, 41:229-232.
54. Keskin G, Babacan Gümüş A. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5:9-16.
55. Kahyaoglu Sut H, Balkanlı Kaplan P. Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing and Health Sciences*, 2015, 17: 84-89.
56. Karaca A, Unsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 2015, 9:243-250.
57. Vural PI, Beji NK. İnfertilite sorununun psikoseksüel etkileri. *Androloji Bülteni*, 2015, 16: 135-138.
58. Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: A literature review. *AMJ*, 2011, 4:620-627.
59. Khademi A, Alleyassin A, Amini M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *J Sex Med*, 2008, 5:1402–1410.

60. Demirci H. İnfertilitenin Çiftler Üzerinde Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. İçinde: Beji NK (editör). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. 7. Baskı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001: 104-117.
61. Drosdzol A, Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *J Sex Med*, 2009, 6:3335- 3346.
62. Yılmaz İ. Türk İnfertil Kadın Hastalarda Depresyon ve Kaygının Belirleyicileri: Sosyal Destek, Cinsiyet Rolü Eğilimi, İnfertilite Nedeni ve Öz-Saygı. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 2006.
63. Erdem K, Ejder Apay S. A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *Int J Fertil Steril*, 2014, 8:303-314.
64. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12:17-25.
65. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of them spss in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, 30:121-126.
66. Verhaak CM, Smeenk MJ, Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FM. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 2005, 20:2253-2260.
67. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stres. *General Hospital Psychiatry*, 2004, 26:398-404.

68. Demirci N, Kızılkaya Beji N. *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017:177-197.
69. Şirin A. *Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım*. 1. Baskı, İzmir, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları 2001.
70. Akyuz A, Gürhan N, Bakır B. Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. *TAF Prev Med Bull*, 2008, 7:469-476.
71. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52:30-41.
72. Eren Bodur N, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Cukurova Med J*, 2013, 38:51-62.
73. Candan Ö. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.
74. Arab-sheybani Kh, Janbozorgi M, Akyuz A. Admissibility investigation and validation of infertility distress scale in Iranian infertile women. *Int J Fertil Steril*. 2012, 6:37-44.
75. Arslan Özkan İ. Okumuş H, Buldukoğlu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *J Adv Nurs*, 2014, 70:1801-1812.
76. Broekmans FJ, Faddy MJ, Scheffer G, te Velde ER. Antral follicle counts are related to age at natural fertility loss and age at menopause. *Menopause*, 2004, 11:607-614.

77. Abbey A, Halman JL, Andrews MF. Psychosocial treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*, 1992, 57:122-128.

EKLER

EK-I.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Gülhumar NURİ TURAL Doğum tarihi: 26.03.1973 Doğum Yeri: Özbekistan Medeni Hali: Evli Uyruğu: T.C. Adres: Gazi mahallesi saatçi sokak Eruz apt 8/2 Yenimahalle/Ankara. Tel: 0505 519 32 76 Faks: E-mail: gulhumarnuri@hotmail.com
Eğitim
Lise: Azerbaycan Lisesi (1990) Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (1993-1997) Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (1999-2000) (2014-2017)
Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce: Orta derecede
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Metin girmek için burayı tıklatın.

EK-II.

ANKET FORMU

1. Yaşınız
2. Eşinizin yaşı
3. Öğrenim durumunuz
 - a) Okur-yazar+ilkokul mezunu
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Üniversite
4. Eşinizin eğitim durumu
 - a) Okur-yazar+ilkokul mezunu
 - b) Ortaokul
 - c) Lise
 - d) Üniversite
5. Çalışma durumunuz
 - a) Ev hanımı
 - b) Çalışıyor (mesleğiniz
6. Eşinizin mesleği
 - a) İşsiz
 - b) Memur
 - c) İşçi
 - d) Serbest meslek
7. En uzun yaşadığınız yer
 - a) İl
 - b) İlçe
 - c) Köy
8. Tedavinin yapıldığı merkezde oturma durumunuz
 - a) Evet

b) Hayır

9. Aile tipiniz

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

10. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a) İyi

b) Orta

c) Kötü

11. Sosyal güvenceniz

a) Var

b) Yok

12. Evlilik süreniz (yıl olarak belirtiniz)

13. Evlenme şekliniz

a) Görücü usulü

b) Tanışarak

14. Kaç günde bir adet olursunuz? (Adetin başlangıç tarihini de sayarak belirtiniz).....

15. Adetiniz kaç gün sürer?.....

. Daha önce geçirilmiş üreme sistemi rahatsızlığınız var mı?

a) Evet (Belirtir misiniz.....)

b) Hayır

17. Daha önce gebelik geçirdiniz mi?

a) Evet () Kendiliğinden () Tedaviyle

b) Hayır

18. İnfertilite sebebinizi biliyor musunuz?

a) Evet (.....)

b) Hayır

19. Tedavi özgeçmişiniz

a) Daha önce hiç tedavi almamış

b) Hormon tedavisi

c) Aşılama

d) IVF

20. Şu anda tedavinin hangi aşamasındasınız?

a) Hormon tedavisi

b) Aşılama

c) IVF

21. Ne kadar süre korunmadığınız halde gebe kalamadınız?

.....

22. İnfertilite tanısı konduktan sonra geçen süre ne kadar?.....yıl.....ay

23. Son infertilite tedaviniz kaç aydır devam ediyor?.....

24. İnfertilite tedavisi konusunda herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

a) Evet (Kimden

b) Hayır

EK-III. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için uygun alanlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki alanlardan yalnız bir tanesine (X) koyarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Size göre doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Oldukça katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Tarafsızım	Az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-IV. İNFERTİLİTE ETKİLENME ÖLÇEĞİ

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

	Her zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Kendimi dünyada tek başına kalmış gibi hissediyorum	4	3	2	1
2. Kendimi arkadaşlarımla ve ailemin dışına itilmiş hissediyorum	4	3	2	1
3. Sıkıntılı olduğumda çevremde başvurabileceğim kişiler vardır	1	2	3	4
4. Artık direnme ve mücadele etme gücüm kalmadı	4	3	2	1
5. Kendimi işe yaramaz hissediyorum	4	3	2	1
6. Kendimi sağlıksız hissediyorum	4	3	2	1
7. Kendimi sürekli gergin ve sinirli hissediyorum	4	3	2	1
8. Yaptığım hiçbir işten zevk alamıyorum	4	3	2	1
9. Son zamanlarda kendimi hep yorgun hissediyorum	4	3	2	1
10. Eskiye göre kendime daha çok bakıyorum	1	2	3	4
11. Çocuk sahibi olamamayı konuşmaktan kaçınıyorum	4	3	2	1
12. Çocuk sahibi olma konusunda bana soru sorulmasını istemiyorum	4	3	2	1

13. Eşimle çocuk sahibi olamama konusunda rahatlıkla konuşuruz.	1	2	3	4
14. Çocuklu ailelerle kolaylıkla arkadaşlık edebilirim.	1	2	3	4
15. Çevremdeki insanların çocuk sahibi olamama konusunda beni suçladığını düşünüyorum	4	3	2	1
16. Eşimin beni suçladığını düşünüyorum	4	3	2	1
17. Çocuk sahibi olamamanın eşimle cinsel yaşamımızı etkilediğini düşünüyorum	4	3	2	1
18. Eşime karşı öfke duyuyorum	4	3	2	1
19. Eşimin beni eskisi kadar sevmediğini düşünüyorum	4	3	2	1
20. Eşimle ilişkilerim bozuldu	4	3	2	1
21. Eşim eskisinden daha çok üstüme düşüyor	1	2	3	4

EK-V. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



ETİK KURUL SONUÇ RAPORU

Araştırmanın Adı: “Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 14.01.2015 tarihinde yapılan toplantısında “Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” konulu Uzman Hemşire Gülhumar Nuri ve Yrd.Doç.Dr.Aslı SİS ÇELİK’in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç.Dr.Naciye ÖZER
Üye


Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

**EK-VI. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ KURUM İZİN
YAZILARI**



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 20369917-300-E.1600041563
Konu : Uygulama İzni(Gülhumar
NURİ)

17.02.2016

DOĞUM KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Gülhumar NURİ'nin uygulama izni ile ilgili Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 15.02.2016 tarih ve 1600039335 sayılı yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Ek : 15.2.2016 tarihli 88179374-302.08.01-E.1600039335 Sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Enstitüler Binası Kat:1 25240 Erzurum
Tel: +90 442 2314886
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!/birim=saglik-bilimleri-enstitusu>
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Ogün YILDIZ
Faks: +90 442 2314888



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=6B29E3C



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-302.08.01-E.1600039335
Konu : Uygulama İzni Gülhumar NURİ

15.02.2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16.11.2015 tarihli ve 20369917-300-E.1500104990 sayılı belge.

Enstitünüz yüksek lisans öğrencisi Gülhumar NURİ'nin "**Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" konulu çalışması ile ilgili Gazi Üniversitesinden alınan 05/02/2016 tarih ve 4100 sayılı yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ömer İrfan KÜFREVLİOĞLU
Rektör Yardımcısı

Ek : 5.2.2016 tarihli 17311665-044/4100 Sayılı belge

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 2311601
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!/birim=ogrenci-isleri-daيره-baskanligi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Aliye ÖREN
Faks: +90 442 2361026
E-Posta: odaire@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=0D78099



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 17311665-044-
Konu : Anketler (Gülhumar NURİ)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi
ERZURUM

İlgi : a) 17/11/2015 tarihli ve 1500106025 sayılı yazı,
b) 02/02/2016 tarihli ve 90005124-044- 14251 sayılı yazı,

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gülhumar NURİ'nin "Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması hakkındaki ilgi (a) yazınız Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğine iletilmiş olup, alınan ilgi (b) cevabi yazı ve ekinin birer örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Servet KARABAĞ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
İlgi yazı ve eki (2 sayfa)

Seyfettin KILIÇ
Bilgisayar İşletmeni

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR

8.2.2016

Evrak Doğrulama İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı Rektörlük Kampüsü 06500 Beşevler
/ ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 32 02
e-Posta :ogris@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.ogris.gazi.edu.tr

Pin: 51502
Bilgi için :Semih Uğur Kız
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:2022821

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:51502)



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124-044-
Konu : Anketler (Gülhumar NURİ Hk.)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 05/01/2016 tarihli ve 17311665-044- 1074 sayılı yazı,
b) 29/01/2016 tarihli ve 90005124-044- 12387 sayılı yazı,

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gülhumar NURİ'nin "**Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması talebi değerlendirilmiş olup, konu hakkında Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezimizin görüş yazısı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Kadriye ALTOK
Başhekim



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi**



Sayı : 90005124-044-12387
Konu : Anketler

29/01/2016

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 05/01/2016 tarih ve 17311665-044-1074 sayılı yazı
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Öğrencisi Gülhumar NURİ, "Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteden Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi "konulu tez çalışmasını ÜYTE Merkezimizin hasta görüşme düzeyinde çalışmasında tarafımızca uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Nuray BOZKURT
Ünite Sorumlusu