

TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**İNFERTİL BİREYLERDE UMUTSUZLUĞUN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MARAL KARGIN

TEZ DANIŞMANI
DR. SATI ÜNAL

ANKARA
Ağustos 2009

TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**İNFERTİL BİREYLERDE UMUTSUZLUĞUN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MARAL KARGIN

TEZ DANIŞMANI
DR. SATI ÜNAL

ANKARA
Ağustos 2009

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 20/08/2009

İmza
Prof. Dr. Gülşen Vural
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı



İmza
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Oflaz
GATA



İmza
Dr. Satı Ünal
Gazi Üniversitesi



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde Sayın **Dr. Satı Ünal**'a danışmanım olarak, araştırmanın her aşamasındaki katkılarından dolayı,

Sayın **Prof. Dr. Gülşen Vural**'a, Sayın **Doç. Dr. Aygöl Akyüz**' e ve Sayın **Yrd. Doç. Dr. Fahriye Oflaz**'a katkılarından dolayı,

Sayın **Ahmet Gül**'e araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesindeki katkılarından dolayı,

Sevgili abim **Veli Kargın**' a katkılarından dolayı ve

Sevgili eşim **Ali Yusuf Kargın**' a manevi desteğinden dolayı çok teşekkür ederim.

Oğluma;
Maral KARGIN

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	I
Teşekkür	II
İçindekiler	III
Tablolar	V
Kısaltmalar	VI
1. GİRİŞ	1
1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Umut ve Umutsuzluk	4
2.2. İnfertilite ve Nedenleri	6
2.3. İnfertilitede Tedavi	7
2.4. İnfertilitenin Psikososyal Yönü	8
2.5. İnfertilitede Hemşirelik Hizmetleri ve Önemi	10
3.MATERYAL VE METOD	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	14
<u>3.3.1. Araştırmanın evreni</u>	14
<u>3.3.2. Araştırmanın örnekleme</u>	14
3.4. Verilerin Toplanması	15
<u>3.4.1. Veri toplama araçları</u>	15
<u>3.4.2.Ön uygulama</u>	16
<u>3.4.3.Uygulama</u>	16
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	17

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ	46
7. ÖZET	51
8. SUMMARY	52
9. KAYNAKLAR	54
10. EKLER	61
EK-1 Hasta Bilgi Formu	
EK-2 Beck Umutsuzluk Ölçeği	
EK-3 Araştırma İzin Yazıları	
11. ÖZGEÇMİŞ	71

TABLolar

Tablo 4.1: İnfertil bireylerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2: İnfertil bireylerin infertilite ve etkileri ile ilgili değerlendirmelerinin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4. 3 : İnfertil bireylerin aldıkları tedavilerin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4. 4: İnfertil bireylerin tedavi ile ilgili düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4. 5: İnfertil bireylerin almakta oldukları tedavinin geleceğine yönelik düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4. 6: İnfertil bireylerin bazı özellikleri ile BUÖ puan ortalaması arasındaki ilişki

Tablo 4. 7: İnfertil bireylerin cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamasının dağılımı

Tablo 4. 8: İnfertil bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4.9: İnfertil bireylerin infertilite nedeni ve etkilerine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4.10: İnfertil bireylerin infertil olmakla ilgili duyguları ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamaları

Tablo 4.11: İnfertil bireylerin uygulanan tedavi ve etkilerine ilişkin değerlendirmeleri ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4. 12: İnfertil bireylerin almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamaları

Kısaltmalar

BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
IUI	: İntrauterin İnseminasyon, Aşılama
GIFT	: Gamet İntra Fallopian Transfer
ICSI	: Mikroenjeksiyon
IVT-ET	: İn Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transfer
ZIFT	: Zigot İntrafallopian Transfer

1. GİRİŞ

1. 1. Problem Tanımı ve Önemi

Yaşamın pek çok nedeni ve anlamı vardır. İnsanlar yaşamlarına dair gelecekle ilgili planlar yaparlar ve bu planlara yönelik beklentiler içine girerler ve umuda kapılırlar.^{1,2} Umut duygusu da gelecekle ve mutluluğun hissedilmesinin gelecekteki önemi ile yakından ilgilidir.^{3,4} Umut, insanoğlunun doğasında bulunan, yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynaktır. Bireyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına olanak tanıyan bir güçtür.⁵ Birey yaşamı, bağımsızlığı, sağlığı, işlev ve yetenekleri için umut edebilir.^{6,7} Umut bir güçtür, motivasyonda önemli rol oynar, bireyin geleceğe oryante olmasını, amaç belirlemesini, seçim yapmasını, karar vermesini ve aktif olmasını sağlar.^{1,8}

Umut ile ilgili yapılan çalışmalarda ilk olarak umutsuzluğun önemi üzerinde durulmuştur. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umutta amaca ulaşmak için uygulanan planların başarılabacağı öngörüsü varken, umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır.^{7,8} Umutsuzluk insan yaşantısının temel olgularından biridir. Kişi hoşlanmadığı deneyimlerin etkisi ile umutsuzluk belirtileri gösterebilir.^{9,10,11} Bu deneyimlerden biri de infertilitedir. İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini de yıpratan bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir. Bir kriz olarak infertilite hem bireysel hem de evlilik ilişkisi içinde başa çıkılması gereken bir durumdur.^{12,13,14} Tedavi sürecinin uzun olması, sürecin ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi, tedavi işlemlerinin çok karmaşık, alışılmadık ve uzun basamaklardan geçmeyi gerektirmesi ve IVF tedavisi sonunda elde edilecek sonucun etkileri nedeniyle infertilite çiftlerin evliliklerini ve sosyal hayatlarını derinden

etkilemektedir.^{15,16,17} İnfertilite tanısı kadar tedavisi de bireyler için stresli ve zorlayıcı bir yük olabilmektedir. Çiftler özel yaşamlarında ve gelecek planlarında kontrol kaybı yaşayabilirler. Çünkü cinsel aktivite isteğe bağlı olmaktan çok doktor tarafından belirlenen tedavi programının bir parçası haline gelmektedir.¹⁸ Tedavinin maliyeti ve çok sayıdaki test ve işlemler bireylerin stresini arttırabilmektedir.^{14,19} Her ay siklusun başındaki umutlu bekleyiş, gerçekleşmeyen gebelikler kaygı duygusuyla birlikte tedavi boyunca sürer. Ancak başarısızlıkla sonuçlanan tedavi sayısı arttıkça umutsuzluk ortaya çıkar. Yaşanan bu umutsuzluk bireylerin tedaviye son vermelerine neden olabilir.²⁰ Tedaviden vazgeçen bireyler kayıpları için yas tutmakta ve infertilite sorununu kadere bırakmaktadırlar.¹⁵

İnfertilite, bireylerin beklenmedik bir durumla yüzleştiği ve gelecekle ilgili yapılan planlarda aksama ile karşı karşıya geldiği zor bir süreçtir.^{21,22} İnfertil bireyler kendilerini bu durumdan dolayı suçlayabilirler ve öfke yaşayabilirler. İnfertilite karşısında yaşanan inanmama, şok, suçluluk ve öfke duyguları ile baş edemeyen bireyler, bir noktada umutsuzluğa kapılmaya başlayabilir ve bitkin düşebilir.^{15,20,23,24} İnfertilite sorununu yaşayan bireylerin keder ve umutsuzluk duygularıyla rahatsızlık yaşamaları kaçınılmazdır.²² Gelecekle ilgili yaşanan bu umutsuzluk duygusu psikolojik sorunların gelişiminde önemli rol oynamaktadır.^{22,25} İnfertil bireylerin psikolojik durumları kötüleştiğinde zamanla yas, anksiyete ve depresyon benzeri sorunlar ortaya çıkmaktadır.^{25,26} Yapılan çalışmalar infertilitede yaşanan bu psikolojik sorunların uygulanan tedavinin sonucunu, gebelik ve canlı doğum oranını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.^{25,26,27} Ayrıca bireylerin psikolojik durumu tedaviye devam etme kararını da etkilemekte olup; yaşanan psikolojik sıkıntının tedaviyi bırakmada önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.^{26,27}

Bütün bu sayılan durumlar nedeniyle infertilite alanında çalışan hemşirelerin, infertil bireylerin sağlık danışmanı ve eğitimcisi olarak

önemli rolleri vardır. Hemşirelerin bu rollerinde başarılı olmaları; hizmet verdikleri infertil grubun özelliklerini bilmeleri ile yakından ilgilidir.^{28,29,30} Bu özelliklerden biri olan umutsuzluğun objektif olarak değerlendirilmesi başarılı bir danışmanlık ve tedavi için önemli görülmektedir. Ancak literatürde infertil bireylerde umutsuzluğu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada infertil bireylerde umutsuzluğun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarının infertil bireylere gereksinim doğrultusunda destekleyici hizmetlerin planlanmasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. İnfertil bireyin umutsuzluk düzeyi nedir?
2. İnfertil bireylerde umutsuzluğu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Umut ve Umutsuzluk

Umut Türk Dil Kurumu sözlüğünde “ummaktan doğan güven duygusu olarak tanımlanır.³¹ Umut geleceğe yönelik olarak olumlu beklentilere sahip olma duygusu ile insana gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla başedebileceği duygusunu vererek ruh sağlığını olumlu etkiler. Umut yaşamaya ve büyümeye eşlik eden, ruhsal bir öğedir^{5,32} ve insanoğlunun doğasında bulunan yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynaktır. Bireyin birçok şeye ulaşmasında onu motive eden bir güçtür.^{6,33} Tüm yaşam boyunca karşılaşılan güçlüklerle ve olumsuzluklarla mücadele ederken cesaret vericidir. Umut insanı umutsuzluğun ıstırabından kurtarır.^{1,2}

Birey yaşamı, bağımsızlığı, sağlığı, işlev ve yetenekleri için umut edebilir.³⁷ Umut etmek, umut ve umutsuzluk arasında gelişen bir dalgadır. Umut düzeyinin düşüklüğü kötü yaşam kalitesi ve kendine saygının azalmasını beraberinde getirir.³⁸ Umut yaşamla var olan bir öge olmasına rağmen, çok sayıda insan, umut güçlerini yitirebilir. Başlangıçta umut ile yola çıkılır ama yaşamda planlı olmayan, yaşamı etkileyen olaylar ve raslantılar, umudu yok edebilir.⁵ Umutsuzluk, bireylerin başarısızlıklarını hiçbir zaman yenemeyeceklerini, problemlerini hiçbir zaman çözemeyeceklerine inanması, gerçekçi bir nedeni olmadığı halde yaşantılarına yanlış anlamlar yüklemesi ve amacına ulaşmak için çabalamadığı halde bunlardan negatif sonuçlar beklemesi şeklinde tarif edilir ve bu durum kişide tuzağa düşmüş olma hissini, imkansızlığı ve çaresizliği çağırıştırır.^{33,34,35,36} Beck (1974) umutsuzluğu, kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri olarak tanımlamıştır ve depresyon belirtilerinden karamsarlık için önemli bir kavram olan umutsuzluk üzerinde durmuş ve

umutsuzluğun ölçümü konusunda çeşitli çalışmalar yapmıştır.³⁴

Umutsuzluk temel bir insan yaşantısıdır, başarısızlık olarak değerlendirilen durumlara karşı gösterilen ve olayın gerçek boyutları ile orantılı olmayan bir tepki biçimi ve araştırılması gereken önemli bir olgudur.^{7,17,39} Umut kişinin geleceğe inancını sağlarken, umutsuzlukta ne olacağı görüşü, imajı ve geleceği görebilme düşüncesi kaybolmuştur.⁴⁰ Bireyin umutlu olmasını, otonomi, özsaygı, bağımsızlık, güçlülük ve bütünlüğüne olan tehditler gibi ve bunların birey tarafından algılanması gibi faktörler etkilemektedir.⁴¹ Umutlu kişiler, hayatta kalmak, hastalıkların tedavisi, daha rahat ve konforlu yaşamak için çaba sarf ederlerken, umutsuz kişilerde durum bunun tam tersidir.³⁷ Umutsuzluk bireylerin başarısızlıklarını hiçbir zaman yenemeyeceklerini, problemlerini hiçbir zaman çözemeyeceklerine inanması, gerçekçi bir nedeni olmadığı halde yaşantılarına yanlış anlamlar yüklemesi ve amacına ulaşmak için çabalamadığı halde bunlardan negatif sonuçlar beklemesi şeklinde tarif edilir ve bu durum kişide tuzağa düşmüş hissini, imkansızlığı ve çaresizliği çağırır.^{23,42} Umutsuzluk bir hastalık nedeni olabileceği gibi hastalık gibi insan hayatını olumsuz etkileyen ve bir başarısızlık olarak algılanan bu durumda da umutsuzluk gelişebilir. Yani hastalıklar bireyde çaresizlik durumlarına neden olarak kişinin sorunlarının düzelmeyeceğine inanmasına ve umutsuzluk gelişmesine yol açabilir.⁵

2.2. İnfertilite ve Nedenleri

İnfertilite; üreme kapasitesinin istek dışında azalmasıdır. Bir başka ifadeyle, koruyucu bir yöntem uygulamadan, düzenli bir cinsel yaşama rağmen, bir yıl süreyle gebelik oluşmaması infertilite olarak kabul edilir.^{14,26,43,44} Gerek kadın ve gerekse erkekte doğuştan ya da sonradan oluşabilen çeşitli; anatomik, fonksiyonel, hormonal, genetik, immünolojik vb. problemler üreme işlevinde bozulmaya ve infertiliteye yol açmaktadır.^{17,45} İnfertilite sadece kadına, sadece erkeğe ya da her ikisine ait nedenlerle ortaya çıkabilir.⁴⁵ İnfertilite primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki grupta değerlendirilir: Daha önce hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite, buna karşılık daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına da sekonder infertilite adı verilir.^{17,39}

Erkek infertilitesine neden olan etken genellikle bilinmemektedir. Genetik ve hormonal faktörlerin yanı sıra, daha önce geçirilmiş enfeksiyonlar, aşırı sigara ve alkol tüketimi veya yalnızca strese bağlı olarak da sperm üretim problemleri yaşanabilir. Ayrıca bazı ilaçlar, çeşitli kimyasal maddeler, radyasyon ve radyoterapi, sperm üretimi üzerinde olumsuz etki yaratabilir.⁴⁶ Testislerde sperm üretiminin normal olmasına karşın üretilen spermin taşınmasını sağlayan kanalların doğumsal olarak ya da sonradan geçirilen bazı hastalıklara bağlı olarak tıkalı olması da infertiliteye yol açan faktörlerdendir. Bu nedenler sperm oluşumuna veya oluşan spermin normal boşaltımına engel olabilirler.^{47,48}

Kadında infertiliteye neden olan faktörler daha fazla ve karmaşıktır. Bu faktörler; ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar, tuba-peritoneal faktörler, uterusu ait faktörler, servikal ve duygusal faktörlerdir.^{21,17} Kadına ait infertilite nedenleri arasında önemli yer tutan faktörlerden birisi, ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar olup, tüm infertilite

sebepleri arasında %15-20, kadın infertilitesi sebepleri arasında %40 oranında gözlenmektedir. Menstrüel siklusta yumurtlamayla sonuçlanan folikül gelişimi ve yumurtlama sonrasında gelişen luteal faz, birlikte ovulatuvar ve luteal faktörü oluşturur. Bu süreçte oluşabilecek bozukluklar döllenmiş ovumun implantasyonunu etkileyerek infertiliteye neden olabilir.^{17,21,47} Tuba-peritoneal faktörler infertilite etyolojisinde %35-40 oranında yer tutar. Pelvisin inflamatuvar hastalıkları, endometriyozis ve abdominopelvik operasyonlar tuba-peritoneal faktörler arasında yer almaktadır. Myomlar ve endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler, müllerian anomaliler ise uterusu ait faktörleri oluşturmaktadır. Servikal mukusta meydana gelen kalite, kantite, enfeksiyon ve immunolojik değişiklikler infertiliteye neden olan servikal faktörleri oluşturmaktadır.^{49,50} Servikal faktörler infertil olguların % 5-10'undan sorumludur. Kadında biyolojik değişikliklerin büyük bir kısmı emosyonel faktörlere bağlıdır. Kadında bu durumlar tubal spazm, yumurtlayamama, seminal mayinin hızla atılması ve vajinismustur.^{23,27}

Bazı çiftlerde problemi ortaya koymak için yapılan araştırmalarla problem saptanamamış olabilir, dolayısıyla pratikte kullanılan testlerin tamamı fertilitede olması gereken değerlerde ve 36 aydan uzun süren infertilite problemi olduğunda açıklanamayan infertilite tanısı konulmaktadır.^{26,48,51}

2.3. İnfertilitede Tedavi

İnfertil bir çiftin tedavisine başlamadan önce en önemli kural infertilite nedeni veya nedenlerinin doğru bir şekilde ortaya konması, daha sonra da etkin tedavinin seçilip uygun bir süre uygulanmasıdır. İnfertilitede tedavi programı çiftte anlatılmalı, tedavi ile gebelik şansının artacağı belirtilmelidir. Bunun yanında infertilite tedavisinin sabır gerektirdiği de hatırlanmalıdır.¹⁷ İnfertilitede uygulanan tedaviler genel olarak yardımcı

üreme teknikleri başlığı altında incelenmektedir. İntrauterin inseminasyon, gamet intra fallopian transfer, zigot intrafallopian transfer, mikroyenjeksiyon, in vitro fertilizasyon bu teknikler arasında yer almaktadır. Burada her bir teknik kısaca açıklanmıştır. İntrauterin inseminasyon (artifisiyel inseminasyon, IUI) koitus olmadan spermatozoaların genital traktusa konulmasıdır. Servikse konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye konulduğunda peritoneal inseminasyon denir.⁵² Gamet intra fallopian transfer (GIFT) yönteminde temel prensip, kontrollü hipersitümülasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır.⁴⁵ Zigot intrafallopian transfer (ZIFT) oosit ve sperm in vitro olarak döllendikten sonra zigotun laporoskopi yoluyla tuba ampullasına verilmesidir. İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (Mikroyenjeksiyon, ICSI) bir spermin mikro pipet yardımıyla, oosit sitoplazmasına yerleştirilmesidir.^{17,45} İn vitro fertilizasyon – embriyo transferi (IVF-ET) , olgun ovumun anne vücudu dışında laboratuvar ortamında fertilize edilmesidir. İn vitro fertilizasyon genellikle bir test tüpü içinde gerçekleştirildiği için bu şekilde ortaya çıkan gebeliklere “tüp bebek” deyiimi kullanılmaktadır.^{47,49}

2.4. İnfertilitenin Psikososyal Yönü

İnsan sosyal bir varlıktır ve en temel ihtiyaçlarından biri de diğer insanlarla bir arada yaşamaktır. Toplumun en önemli görevi ve amacı hayatını devam ettirebilmek ve bireysel çocuk yapma isteğini yerine getirmek için biyolojik üreme fonksiyonunu yerine getirmektir.⁵³ Toplum ve kanunlar kadın ve erkeği evlilik ile birlikte karı-koca olarak adlandırırken, zaman içinde anne-baba olarak adlandırma ya da görme eğilimindedir.⁵⁴ Evli bir çift, istediği halde toplumun bu beklentisini yerine getiremediğinde, “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur.⁵⁵ Çiftlerin

kontrol dışı üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duyguları yaratmaktadır. İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline gelmektedir.^{48,14}

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini de yıpratıcı bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir. Bir kriz olarak infertilite hem bireysel hem de evlilik ilişkisi içinde başa çıkılması gereken bir durumdur.^{14,12,13} Tedavi sürecinin uzun olması, sürecin ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi, tedavi işlemlerinin çok karmaşık, alışılmadık ve uzun basamaklardan geçmeyi gerektirmesi ve IVF tedavisi sonunda elde edilecek sonucun etkileri nedeniyle infertilite çiftlerin evliliklerini ve sosyal hayatlarını derinden etkilemektedir.^{15,17}

Ayrıca infertilite tedavisi gören kadın, bedeninin 'işgal edildiğini' veya 'saldırıya uğradığını' hissedip yoğun korku yaşayabilir. Bireylerde eş tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde 'yetersiz ve eksik' olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkabilir. Yetersizlik hissi ve çocuk sahibi olamamak yaşamlarının her alanını etkileyebilir.^{17,56} Çiftler en gereksinim duydukları anlarda bile kendilerini aile ve arkadaş gibi destek kaynaklarından uzak tutmakta ve sosyal izolasyona maruz kalmaktadırlar. İnfertil çiftler çocuklu kişiler, aile büyükleri ve sosyal çevrelerinden dışlandıklarını hissederler. Yaşadıkları duyguların anlaşılmadığını düşündüklerinden dolayı kederlerini paylaşmaları zor olabilir.^{47,57,58}

İnfertilite tanısı kadar tedavisi de bireyler için stresli ve zorlayıcı bir yük olabilmektedir. Çiftler özel yaşamlarında ve gelecek

planlarında kontrol kaybı yaşayabilirler. Çünkü cinsel aktivite isteğe bağlı olmaktan çok doktor tarafından belirlenen tedavi programının bir parçası haline gelmektedir.^{17,18} Tedavinin maliyeti ve çok sayıdaki test ve işlemler bireylerin stresini arttırabilmektedir.^{14,19} Her ay siklusun başındaki umutlu bekleyiş, gerçekleşmeyen gebelikler kaygı duygusuyla birlikte tedavi boyunca sürer ancak başarısızlıkla sonuçlanan tedavi sayısı arttıkça umutsuzluk ortaya çıkar. Yaşanan bu umutsuzluk bireylerin tedaviye son vermelerine neden olabilir.^{59,16} Tedaviden vazgeçen bireyler kayıpları için yas tutmakta ve infertilite sorununu kadere bırakmaktadırlar.¹⁶

2.5. İnfertilitede Hemşirelik Hizmetleri ve Önemi

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini de yıpratıcı bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir. Bir kriz olarak başa çıkılması gereken bir durum olarak infertilite ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir.^{12,15,56}

İnfertilite kliniğine tedavi amaçlı başvuran bireylere yaklaşımda klinikte çalışan her bir sağlık ekibi üyesine önemli roller düşmektedir. Bu kapsamda kaliteli hemşirelik bakımının sunulması önemlidir.¹⁴ Dünyanın gelişmiş pek çok ülkesinde infertil çiftler için psikolojik destek sağlayan servisler kurulmuştur.⁴³ Amerikan Fertilite Birliği psikolojik destek vermek amacı ile Psikolojik Özel İlgi grubunu oluşturmuştur. Psikolojik desteğin yalnızca belli dönemlerde değil, başlangıçta, tüm tedavi boyunca ve hatta sonrasında da devam etmesinin yararlı olduğu anlaşılmıştır. Ülkemizde kadın doğum uzmanları ancak kendi klinik görüşleri doğrultusunda gerek gördükçe vakaları psikiyatristlere ya da psikologlara yönlendirmektedirler.⁵⁶ Hemşireler

infertilitenin sebep olduğu duygusal sorunları ve bireylerin gereksinimlerini belirlemeli ve yardımcı olmalıdır.⁶⁰ Gelişen üreme teknolojilerine karşılık infertilite kliniklerindeki bireylerin ihtiyaçlarını belirleyip bu ihtiyaçlara yönelik girişimlerde bulunacak infertilite hemşirelerine gereksinim artmış ve bu nedenle infertilite hemşireleri yetiştirilmeye başlanmıştır.⁶¹ Amerika ve birçok Avrupa ülkesinde infertilite hemşireleri, gerekli eğitimi alarak ultrason taramaları, sperm analizi ve sperm hazırlaması, embriyo transferi gibi işlemleri gerçekleştirmektedir.^{14,48}

İnfertil bireylerin özelliklerinin gözönünde bulundurularak verilen hemşirelik bakımı hem hemşire hem de birey için olumlu deneyimlerle sonuçlanmaktadır.⁶² Bireylerin içinde bulundukları durum, hemşire tarafından müdahale edilebilen ve gebelik hızlarını etkileyen faktörlerdir.^{14,48} İnfertilite birimlerinde çalışan hemşireler bireyleri daha iyi gözleme olanağına sahiptir. İletişim kurdukları bireyin gereksinimlerini belirlerken, bu gereksinimlere yönelik stratejiler geliştirmelidir.⁶² İnfertilite hemşiresi; bireylerin sağlık eğitimcisi ve danışmanı, hasta hakları savunucusu, hasta ve ekip arasında koordinatör ve araştırmacı görevlerini üstlenen önemli bir ekip üyesidir.^{14,26,48} Bireylerin duygusal gereksinimlerinin belirlenmesinde, sürekli her aşama hakkında bilgi verilmesinde, kararlara katılımın sağlanmasında ve başetme stratejilerinin geliştirmesinde hemşirenin danışmanlık hizmeti ön plana çıkmaktadır. Literatürde danışmanlık alan bireylerin, stres ve endişelerinin azaldığı bildirilmektedir.^{26,52} İnfertil bireylere en iyi danışmanlığı yapabilmek ve yeterli bilgi aktarabilmek için hemşirenin araştırmacı rolü infertilite hemşireliğinde önem kazanmaktadır.^{14,52} Hemşireler hastayı savunan, hastaya eğitimle güç veren önemli ekip üyeleridir. Hemşireler, hasta ile daha fazla zaman geçirdikleri için, hasta hakları savunucusu olarak hastayı işlemler ve riskleri hakkında bilgilendirerek, tedavisi hakkında bilinçli karar almasına fırsat sağlarlar.⁴⁸

Literatürde infertil bireylere verilen hemşirelik hizmetlerinin infertil erkekler ve kadınların depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinde anlamlı bir iyileşme yarattığı bildirilmektedir.⁵² İnfertilite hemşiresi bireylerin yaşadığı psikolojik tepkilerin farkında olup buna göre yaklaşımda bulunmalıdır.^{14,52} Hemşire infertil bireyin umutsuzluk yaşadığını fark ettiğinde, umutsuzluğa neden olan faktörleri, umutsuzluk düzeyini, kullanılan ve kullanabilecek baş etme yöntemlerini belirlemelidir. Hemşire umutsuzluk yaşayan bireylerin sorunları ile başedebilmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmektedir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde olması, umutsuzluk yaşayan kişilerin problem çözme, karar verme, ve umutlarının gelişmesine yardımcı olacaktır.^{7,63}

Hastalarda umudu geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri; bireyin kendisi için önemli olan kişilerle ilişkilerini korumasında bireye yardım etmeyi, hastanın kişisel zorlanmaları ve zayıflıkları hakkında değerlendirme yapmayı, problem çözme tekniklerini kullanmayı ve bireyin başarabileceği amaçlar oluşturmayı içermektedir.^{5,41}

Umutun desteklenmesi ve ortaya çıkarılması hemşirelik mesleğinin önemli bir parçasıdır. Hemşire hastaya umut ettiği şeyleri düşünmesinde, onları belirlemesinde ve başkalarıyla paylaşmasında yardım etmeli, umutsuzluğun önlenmesine veya azaltılmasına katkıda bulunmalıdır.³³ Bu bağlamda infertil bireylerde umutsuzluğun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin hemşirelik hizmetlerini destekleyici olacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, infertil bireylerin umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara'da bulunan Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezinde yürütülmüştür. İnfertilite ünitesine başvuran hasta sayısının en yoğun olduğu bir devlet ve bir üniversite hastanesi seçilerek her sosyokültürel düzeyden hastaya ulaşılması hedeflendiğinden dolayı bu iki hastane seçilmiştir.

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi 1991 yılında kamu hastaneleri arasında ilk kez hizmete açılan Tüp Bebek Merkezidir. Ünite de bir poliklinik katı ve bir de ameliyathane katı bulunmaktadır. Poliklinik katında 4 poliklinik, 2 USG odası, 1 konsey odası ve bir hemşire odası bulunmaktadır. Bu bölümde 6 kadın doğum uzmanı, bir psikolog ve bir hemşire çalışmaktadır. Ameliyathane bölümünde yumurta toplama işlemi ve embriyo transferi gibi işlemlerin yapıldığı 2 müdahale odası, bir laboratuvar, bir hasta dinlenme odası ve bir hemşire odası bulunmaktadır. Bu bölümde 3 embriyolog, 2 biyolog ve 2 hemşire çalışmaktadır. Bu iki bölümün bir klinik şefi ve bir sorumlu hemşiresi vardır.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi, 2000 yılında infertilite tedavisi için hasta kabul etmeye başlamıştır. Ünite de bir muayene odası, bir hasta hazırlık ve kan alma

odası ve bir ameliyathane bulunmaktadır. Ameliyathanenin içinde 2 muayene ve işlem odası, bir embriyoloji laboratuvarı ve 4 yataklı bir hasta dinlenme odası bulunmaktadır. Bu merkezde toplam 5 kadın doğum uzmanı, 3 embriyolog ve 3 hemşire çalışmaktadır.

Her iki hastanede de tüp bebek ünitelerinde çalışan hemşireler kan alma ünitesinde ultrason odalarında ve ameliyathanede görev almaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi İnfertilite Ünitesine ve Gazi Üniversitesi Tüp Bebek Kliniğine Mayıs 2008 ve Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran tüm infertil bireyler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu evrene ulaşabilmek için araştırmacı ve anketör birlikte çalışmıştır. Hastanelere gidiş günü belirlenirken kliniğe gelecek hasta sayısının fazla olduğu günler tercih edilmiştir. Bu şekilde evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Çalışma esnasında Mayıs 2008 ve Eylül 2008 tarihleri arasında infertilite tedavi merkezine başvuran toplam 640 kişiye (evrenin tümüne) ulaşılmıştır. Evrenin tümü örnekleme alınmıştır. Ulaşılan bireylerden gebe olan ve ruhsal bir hastalık tanısı alanlar örnekleme alınmamıştır. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan 609 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bireylerin ruhsal bir hastalık tanısı alıp almadığı bireyin kendisine sorularak tespit edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) uygulanmıştır.

Hasta Bilgi Formunda; bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili 9 soru ve infertilite öyküleri, infertilitenin etkileri, uygulanan tedavi, tedavinin etkileri ve bireylerin geleceğe dair düşünceleri ile ilgili 21 soru yer almaktadır (Ek 1).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ); bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla Beck, Weissman, Lester ve Trexler tarafından “Karamsarlığın Ölçümü” adlı çalışma ile 1974 yılında geliştirilmiştir.³ Ölçek ilk defa Beck ve arkadaşları tarafından intihar girişiminde bulunan 294 hasta üzerinde denenmiş ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0.93 olduğu görülmüştür.¹

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1994’de Durak tarafından yapılmıştır ve BUÖ’nin hem normal kişiler için hem de psikiyatrik ve kronik - fiziksel hastalığı olan bireylerde umutsuzluğu ölçmek için kullanılabileceği belirtilmiştir.² Durak, ölçeği 15 - 65 yaş arasında 373 kişi üzerinde uygulamış, tüm örneklem için Alpha güvenirlik katsayısını $\alpha=0.85$ olarak bulmuştur. İki yarım test tekniği ile birkaç kez daha hesaplanan güvenirlik katsayısı tüm örneklem için $r=0.85$ ($p<0.001$) olarak saptanmıştır. Ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar ile tüm ölçekten alınan puanlar arasındaki madde – test korelasyon katsayıları $r=0.31$ ($p<0.001$) ile $r=0.67$ ($p<0.001$) arasında bulunmuştur. Ölçeğin geçerliğini test etmek amacıyla maddeler t testi ile karşılaştırılmışlar ve anlamlı düzeyde ($p<0.001$) ayırtedici bulunmuşlardır.²

BUÖ 11 doğru ve 9 yanlış anahtar yanıtı olmak üzere toplam 20 önermeden oluşmaktadır. 1-3-5-6-8-10-13-15-19. önermelere yanlış yanıtı için, 2-4-7-9-11-14-16-17-18-20. önermelere doğru yanıtı için 1 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam “umutsuzluk puanı” olarak kabul edilmektedir. Puanların olası değişkenliği 0 ile 20 arasındadır. 1., 6., 13., 15., 19., önermeler gelecekle ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., önermeler motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18., önermelerde gelecekle ilgili beklentileri ifade etmektedir. Önermeler duygusal, motivasyonel ve bilişsel etmenlerden oluşmaktadır. Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi bulunmaktadır (Ek 2). BUÖ'nin kesim puanı yoktur, alınan puanlar yükseldikçe bireyin umutsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu kabul edilmektedir.^{1,23}

Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

3.4.2.Ön uygulama

Araştırmanın ön uygulaması Hasta Bilgi Formunun anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezine tedaviye gelen 30 birey üzerinde yapılmıştır. Hasta bilgi formunun ön uygulamasından elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.4.3. Uygulama

Uygulamaya başlamadan önce Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğü ve hastanenin Eğitim Planlama Koordinasyon (EPK) Kurulundan; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için hastanenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma izin alınan hastanelere tedavi amaçlı başvuran infertil bireylerle yrtlmştr. Bireylere araştırma hakkında bilgi verildikten ve sözel onamları alındıktan sonra Hasta Bilgi Formu ve BU verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama araçlarının katılımcı tarafından doldurulması 15-30 dk sürmüştür.

Veriler araştırmacı ve bir anketör tarafından toplanmıştır. Araştırmacı; anketörün eēitiminde araştırmanın amacı, veri toplama araçlarının özellikleri ve uygulama ile ilgili bilgi vermiştir. Uygulamaya araştırmacı ve anketör birlikte katılmış olup araştırmacı infertil bireylerden sözel onam aldıktan sonra, araçların daēıtılması ve takip edilmesi aşamasında anketrden yardım alınmıştır.

3.5. Verilerin Deēerlendirilmesi

Verilerin kodlama ve deēerlendirme işlemleri bilgisayarda SPSS 11.5 programında yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, infertilite ve etkileri ile ilgili, uygulanan tedavi ve etkilerine ilişkin deēerlendirmeleri ve almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceēe yönelik düşünceleri baēımsız deēiřken, BU'den alınan puan ortalamaları baēımlı deēiřken olarak alınmıştır. Baēımsız deēiřkenlerin deēerlendirilmesinde yüzdelik kullanılmıştır. BU deēerlerinin normal daēılıma uygunluēu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir ve normal daēılıma uymadıkları gözlenmiştir. Bu nedenle baēımlı ve baēımsız deēiřkenler arasındaki ilişkinin deēerlendirilmesinde Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda anlamlı farklılık bulunduēunda farkın kaynaēını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Deēiřkenler arasındaki ilişki ise Spearman korelasyonu ile deēerlendirilmiřtir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan bireyler çift değillerdir. Çalışma, bireylerin çift olup olmamaları sorulmadan infertil bireyler üzerinde yürütölmüştür. Bu nedenle infertil çiftlerin umutsuzluk düzeylerinin belirlenememesi araştırmamızın önemli bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler infertilite tedavisinin çeşitli aşamalarındadır. Bireylere tedavi aşamalarıyla ilgili bir sınırlama belirlemeden araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır. Belirli aşamadaki bireylerle çalışma yapılamamış olması ve bireylere aldıkları tedavinin kaçınıcı işlem olduğunun sorulmaması da araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 : İnfertil bireylerin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		Kadın		Erkek		Toplam	
		N	%	n	%	n	%
Cinsiyet		344	56.5	265	43.5	609	100.0
Eğitim durumu	İlkokul	129	38.1	45	17.2	174	29.0
	Ortaokul	55	16.2	62	23.8	117	19.5
	Lise	108	31.9	98	37.5	206	34.3
	Üniversite	47	13.9	56	21.5	103	17.2
	Toplam	339	100.0	261	100.0	600*	100.0
Çalışma durumu	Evet	81	23.5	256	96.6	337	55.3
	Hayır	263	76.5	9	3.4	272	44.7
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Sosyal güvence	Var	313	91.0	247	93.2	560	92.0
	Yok	31	9.0	18	6.8	49	8.0
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Gelir durumu	Kötü	43	12.5	25	9.4	68	11.2
	Orta	261	75.9	211	79.6	472	77.5
	İyi	40	11.6	29	10.9	69	11.3
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Yaşayan Çocuk	Var	11	3.2	9	3.4	20	3.3
	Yok	333	96.8	256	96.6	589	96.7
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Gebelik sayısı	Yok	254	73.8	193	72.8	447	73.4
	Diğer**	90	26.2	72	27.2	162	26.6
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Gebeliklerin sonuçlanma şekli	Canlı doğumla sonuçlanan gebelik	14	15.6	9	12.5	23	14.2
	Başarısız gebelik****	76	84.4	63	87.5	139	85.8
	Toplam	90	100.0	72	100.0	162	100.0
Yaşamını tanımlama şekli	Mutlu ve şanslı	122	36.7	107	40.8	229	38.6
	Mutluluğu tam olarak yakalayamamış ama bunun için çabalayan	187	56.3	137	52.3	324	54.5
	Boşa çabalayan	23	6.9	18	6.9	41	6.9
	Toplam	332	100.0	262	100.0	594***	100.0
Çocuk sahibi olmanın anlamı	Hayatın anlamı, mutlu olma	73	21.2	68	25.7	141	23.2
	Eşin mutlu olması	14	4.1	10	3.8	24	3.9
	Ailelerin mutlu olması	9	2.6	14	5.3	23	3.8
	Annelik/babalık duygusunu yaşamak	184	53.5	116	43.8	300	49.3
	Toplum içinde rahat olmak	7	2.0	15	5.7	22	3.6
	Çok şey ifade ediyor	57	16.6	42	15.8	99	16.3
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0

*Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 5'i, erkeklerin 4'ü cevap vermemiştir.

** Diğer: 1 veya daha fazla gebelik geçirmiş olma durumu

*** Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 12'si, erkeklerin 5'i cevap vermemiştir.

**** Başarısız gebelik: ölü doğum, düşük, küretaj.

Araştırmaya katılan infertil bireylerden erkeklerin yaş ortalaması; 33.2 yaş (min=21, max=54; ss=5.9), kadınların yaş ortalaması; 30.2 yaş (min=19, max=49; ss=5.5), erkeklerin evlilik süresi ortalaması; 7.6 yıl (min=1, max=24; ss=4.8), kadınların evlilik süresi ortalaması; 8 yıl (min=1, max=25; ss=4.9), çocuk sahibi olmayı isteme süresinin ortalaması erkeklerde 6.3 yıl (min=1, max=24; ss=4.5) kadınlarda 6.3 yıl (min=1, max=24; ss=4.5) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %56.5’inin kadın ve %43.5’inin de erkek olduğu görülmektedir. Bu infertil kadınların %31.9’u lise, %38.1’i ilkokul, %16.2’si ortaokul ve %13.9’u da üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir. İnfertil erkeklerin %37.5’inin lise, %17.2’si ilkokul, %23.8’i ortaokul ve %21.5’i de üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınların %23.5’inin infertil erkeklerin ise %96.6’sının çalışmakta ve yine kadınların %76.5’inin erkeklerin ise %3.4’ünün çalışmıyor olduğu görülmektedir. İnfertil kadınların %91’inin erkeklerin de %92’sinin sosyal güvencesi vardır. İnfertil kadınlar %75.9 oranında orta düzeyde, %11.6 oranında iyi düzeyde ve %12.5 oranında kötü düzeyde gelir durumuna, infertil erkekler de %79.6 oranında orta düzeyde, %10.9 oranında iyi düzeyde ve %9.4 oranında kötü düzeyde gelir durumuna sahiptirler. Kadınların %96.8’inin erkeklerin %96.6’sının hiç çocuğunun olmadığı, kadınların %3.2’sinin ve erkeklerin ise %3.4’ünün yaşayan çocuğunun olduğu görülmektedir. İnfertil bireylerden kadınların %73.8’inin hiç gebelik geçirmediği, %26.2’sinin geçirilmiş gebelik öykülerinin olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan infertil erkeklerin %72.8’inin eşlerinin gebelik öyküsünün olmadığı %27.2’sinin ise eşlerinin gebelik öyküsünün olduğu görülmektedir. Bu gebeliklerinin nasıl sonuçlandığına bakıldığında kadınların %44.4’ünün gebeliklerinin başarısız sonuçlandığı ve %15.6’sının gebeliklerinin başarılı sonuçlandığı saptanmıştır. Erkeklerin %87.5’inin eşinin gebeliğinin başarısız

sonuçlandığını ve %12.5'inin ise gebeliğin başarılı sonuçlandığı saptanmıştır.

Yaşamlarını nasıl tanımladıkları değerlendirildiğinde erkeklerin %52.3'ü mutluluğu tam olarak yakalayamadıklarını ama bunun için çabaladıklarını, %40.8'i mutlu ve şanslı olduklarını ve %6.9'u boşa kürek çektiklerini belirtmişlerdir. Kadınların ise %56.3'ü mutluluğu tam olarak yakalayamadıklarını ama bunun için çabaladıklarını, %36.7'si mutlu ve şanslı olduklarını ve %6.9'u boşa kürek çektiklerini belirtmişlerdir.

Çocuk sahibi olmanın infertil bireyler için ne ifade ettiğine bakıldığında; erkeklerin %43.8'i annelik/babalık duygusunu yaşamak, %25.7'si hayatının anlamı-mutlu olma, %15.8'i hayatında çok şey ifade etmesi, %5.7'si toplum içinde rahat olma, %5.3'ü ailelerin mutlu olması ve %3.8'i eşimin mutlu olması şeklinde açıklamıştır. Kadınların ise %53.5'i annelik/babalık duygusunu yaşamak, %21.2'si hayatının anlamı-mutlu olma, %16.6'sı hayatında çok şey ifade etmesi, %4.1'i eşimin mutlu olması, 2.6'sı ailelerin mutlu olması, %2'si toplum içinde rahat olma ve şeklinde açıklanmıştır.

Tablo 4.2: İnfertil bireylerin infertilite ve etkileri ile ilgili değerlendirmelerinin cinsiyete göre dağılımı

İnfertilite ve etkileri ile ilgili değerlendirmeleri		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
İnfertilite nedeni	Kadın faktör	90	26.2	64	24.2	154	25.3
	Erkek faktör	77	22.4	44	16.6	121	19.9
	Hem kadın hem erkek faktör	44	12.8	54	20.4	98	16.1
	Açıklanamayan infertilite	133	38.7	103	38.9	236	38.8
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
İnfertil olma ile ilgili düşünülen bir sebep var mı	Yok	315	91.6	252	95.1	567	93.1
	Var	29	8.4	13	4.9	42	6.9
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
İnfertil olma ile ilgili düşünülen sebep	Yok	315	91.6	252	95.1	567	93.1
	Aşırı stres/psikolojik Problemler	16	4.7	3	1.1	19	3.1
	Geçirilmiş ateşli hastalık/ ameliyat/kaza	4	1.2	3	1.1	7	1.1
	Mevcut hormonal/fiziksel/ beslenme problemleri	8	2.3	5	1.9	13	2.1
	Kader/Allah'ın takdiri	1	0.3	2	0.8	3	0.5
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
İnfertilitenin hayat üzerindeki etkileri	Olumsuzluk yaratan bir durum değil	97	28.6	113	42.8	210	34.8
	Sosyal yaşantıyı olumsuz etkiliyor	71	20.9	64	24.2	135	22.4
	Psikolojiyi olumsuz Etkiliyor	164	48.4	75	28.4	239	39.6
	Aile içi ilişkiler olumsuz etkileniyor	5	1.5	8	3.0	13	2.2
	Ekonomik yönden olumsuz etkiliyor	2	0.6	4	1.5	6	1.0
	Toplam	339	100.0	264	100.0	603*	100.0
İnfertil olmakla ilgili duygular.	Kişiyi işe yaramaz olduğunu düşündürüyor	20	5.8	16	6.1	36	5.9
	Suçluluk hissi veriyor	32	9.4	33	12.5	65	10.7
	Tek taraflı bir durum değil	59	17.3	54	20.5	113	18.6
	Herkesin başına gelebilir	231	67.5	161	61.0	392	64.7
	Toplam	342	100.0	264	100.0	606**	100.0

*Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 5'i, erkeklerin 1'i cevap vermemiştir.

**Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 2'si, erkeklerin 1'i cevap vermemiştir.

Tablo 4. 2'de araştırma kapsamına alınan bireylerin infertilite ve etkileri ile ilgili değerlendirmeleri yer almaktadır. Bireylerin infertilite nedenlerinin erkeklerde %38.9'unun bilinmeyen faktör, %24.2'sinin kadın faktör, %20.4'ünün hem kadın hem erkek faktör ve %16.6'sının da erkek faktör kaynaklı olduğu görülmektedir. Kadınlarda ise %38.7'sinin

bilinmeyen faktör, %26.2'sinin kadın faktör, %22.4'ünün erkek faktör ve %12.8'inin ise hem kadın hem erkek faktör kaynaklı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerden erkeklerin %95.1'i kadınların ise %91.6'sı infertil olma ile ilgili düşündükleri herhangi bir sebebin olmadığını belirtmiştir. İnfertil olmakla ilgili düşünülen sebeplere bakıldığında; erkeklerin %1.1'i aşırı stres/psikolojik problemleri, %1.9'u mevcut hormonal/fiziksel/beslenme problemleri %1.1'i geçirilmiş ateşli hastalık/ameliyat/kazayı ve %0.8'i ise Allah'ın takdirini infertilitenin sebebi olarak belirtmişlerdir. Kadınların ise %4.7'si aşırı stres/psikolojik problemleri, %2.3'ü mevcut hormonal/fiziksel/beslenme problemleri, %1.2'si geçirilmiş ateşli hastalık/ameliyat/kazayı ve %0.3'ü ise Allah'ın takdirini infertilitenin sebebi olarak belirtmişlerdir. İnfertil bireylerin hayatı üzerine etkileri değerlendirildiğinde; erkeklerin %42.8'inin bu durumu bir olumsuzluk olarak düşünmediği, %28.4'ünün psikolojisinin, %24.2'sinin sosyal yaşantısının, %3'ünün aile içi ilişkisinin ve %1.5'inin ise ekonomisinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. İnfertilitenin kadınların hayatlarına etkilerine bakıldığında; %48.4'ünün psikolojisinin olumsuz etkilendiği, %20.9'unun sosyal yaşantısının, %1.5'inin aile içi ilişkisinin ve %0.6'sının ekonomisinin olumsuz etkilendiği %28.6'sının ise bu durumu bir olumsuzluk olarak düşünmediği görülmüştür. Bireylerin infertil olmakla ilgili duyguları değerlendirildiğinde; erkeklerin %61'inin infertiliteyi herkesin başına gelebilecek bir durum olarak gördüğü, %20.5'inin bu durumu tek taraflı düşünmediği, %12.5'inin kendini suçlu gibi hissettiği ve %6.1'inin ise kendisini işe yaramaz hissettiği saptanmıştır. Kadınların %67.5'inin infertiliteyi herkesin başına gelebilecek bir durum olarak gördüğü, %17.3'ünün bu durumu tek taraflı düşünmediği, %9.4'ünün kendini suçlu gibi hissettiği ve %5.8'inin ise kendisini işe yaramaz hissettiği saptanmıştır.

Tablo 4.3: İnfertil bireylerin aldıkları tedavilerin cinsiyete göre dağılımı

Aldıkları tedaviye ilişkin değerlendirmeler		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Şu ana kadar uygulanan tedavi şekli, IUI	Evet	204	94.0	157	85.8	361	90.3
	Hayır	13	6.0	26	14.2	39	9.8
	Toplam	217	100.0	183	100.0	400	100.0
Şu ana kadar uygulanan tedavi şekli, IVF-ET	Evet	190	90.5	127	76.5	317	84.3
	Hayır	20	9.5	39	23.5	59	15.7
	Toplam	210	100.0	166	100.0	376	100.0
Şu anda uygulanan tedavi şekli	IUI	113	34.5	107	41.6	220	37.6
	IVF-ET	207	63.1	147	57.2	354	60.5
	Yeni tanı almış, karar aşamasında	8	2.4	3	1.2	11	1.9
	Toplam	328	100.0	257	100.0	585*	100.0
Tedavi ile ilgili plan	Çocuk sahibi olana kadar devam etme	133	39.0	94	35.5	227	37.5
	Sağlık profesyoneli kaç uygulamayı uygun görürse	48	14.1	47	17.7	95	15.7
	Maddi duruma bağlı	72	21.1	75	28.3	147	24.3
	Bir kez denemek	12	3.5	10	3.8	22	3.6
	Sosyal güvencenin karşıladığı kadar devam etme	76	22.3	39	14.7	115	19.0
	Toplam	341	100.0	265	100.0	606*	100.0

* Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 16'sı, erkeklerin 8'i cevap vermemiştir.

** Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 3'ü cevap vermemiştir.

Tablo 4.3'de araştırma kapsamına alınan bireylerin uygulanan tedavi ve etkilerine ilişkin değerlendirmeleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan bireylerden erkeklerin %85.8'inin, kadınların %94'ünün şu ana kadar aşılama tedavisi aldığı, yine erkeklerin %76.5'inin kadınların ise %90.5'inin IVF-ET tedavisi aldığı saptanmıştır.

Şu anda infertil erkeklerin %57.2'sine tüp bebek tedavisinin %41.2'sine aşılama tedavisinin uygulandığı, %1.2'sini yeni tanı almış ve henüz karar aşamasında olduğu; kadınların %63.1'ine tüp bebek tedavisinin %34.5'ine aşılama tedavisinin uygulandığı, %2.4'ünün yeni tanı almış ve henüz karar aşamasında olduğu belirlenmiştir. İnfertil bireylerin tedavi ile ilgili planları incelendiğinde; erkeklerin %35.5'i çocuk sahibi olana kadar, %28.3'ü maddi olanağı kadar, %14.7'si sosyal güvencesinin

karşıladığı kadar, %17.7'si sağlık profesyonelinin uygun gördüğü kadar ve %3.8'i ise bir kez tedavi olmayı planlamıştır. Kadınların %39'u çocuk sahibi olana kadar, %22.3'ü sosyal güvencesinin karşıladığı kadar,%21.1'i maddi olanağı kadar, %14.1'i sağlık profesyonelinin uygun gördüğü kadar ve %3.5'i ise bir kez tedavi olmayı planlamıştır.

Tablo 4.4: İnfertil bireylerin tedavi ile ilgili düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Tedavi ile ilgili düşünceler		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
İnfertilite tedavisine ilişkin düşünce	Sonunda çocuk sahibi olunan bir tedavi şekli	92	27.1	77	29.8	169	28.3
	Çocuk sahibi olabilme şansını biraz arttıran bir tedavi şekli	156	46.0	123	47.7	279	46.7
	Boşa para ve çaba harcanan bir tedavi şekli	22	6.5	13	5.0	35	5.9
	Sonu belli olmayan stres yaratan bir süreç	69	20.4	45	17.4	114	19.1
	Toplam	339	100.0	258	100.0	597*	100.0
İnfertilite tedavisinin yaşattığı olumsuzluklar	Herhangi bir olumsuzluk yaşatmıyor	72	21.2	77	29.2	149	24.7
	Çok fazla vakit alıyor	33	9.7	25	9.5	58	9.6
	Planların değiştirilmesine sebep oluyor	27	7.9	42	15.9	69	9.6
	Maddi yönden olumsuz etkiliyor	198	58.2	118	44.7	316	52.3
	Fiziksel olarak olumsuz etkiliyor	6	1.8	0	0.0	6	1.0
	Psikolojik olarak olumsuz etkiliyor	4	1.2	2	0.8	6	1.0
	Toplam	340	100.0	264	100.0	604**	100.0
Tedavide karşılaşılan olumsuzluklara ilişkin düşünce	Geçici bir durum	229	72.5	182	76.8	411	74.3
	Olumsuzluklar devam edecek	55	17.4	31	13.1	86	15.6
	Tedaviyi bırakmak gerekir	32	10.1	24	10.1	56	10.1
	Toplam	316	100.0	237	100.0	553***	100.0
Diğer tedavi olan bireylerle karşılaşmanın etkisi	Bir kaç tedavi almış hala sonuç alamamış bireylerle görüşmek olumsuz etkiliyor	44	12.8	41	15.5	85	14.0
	Tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmek umutlandırıyor	188	54.8	137	51.7	325	53.5
	Daha birçok kişinin bu durumda olduğunu bilmek/görmek rahatlatıcı	79	23.0	48	18.1	127	20.9
	Olumlu ya da olumsuz etkilemiyor	32	9.3	39	14.7	71	11.7
	Toplam	343	100.0	265	100.0	608****	100.0

* Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 5'i, erkeklerin 7'si cevap vermemiştir.

** Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 4'ü, erkeklerin 1'i cevap vermemiştir.

*** Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 28'i, erkeklerin 28'i cevap vermemiştir.

**** Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 1'i cevap vermemiştir. Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır, yüzdeler toplam n= 608 üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan bireylerin tedavileri ile ilgili düşünceleri yer almaktadır.

İnfertilite tedavisi ile ilgili olarak infertil erkeklerin %47.7’si “çocuk sahibi olabilme şansını biraz arttıran bir tedavi şekli, %29.8’i sonunda çocuk sahibi olabileceği bir tedavi şekli, %17.4’ü sonu belli olmayan stres yaratan bir süreç ve %5’i ise boşa para ve çaba harcanan bir tedavi şekli olduğunu düşünmektedir. İnfertil kadınların %46’sı “çocuk sahibi olabilme şansını biraz arttıran bir tedavi şekli, %27.1’i sonunda çocuk sahibi olabileceği bir tedavi şekli, %20.4’ü sonu belli olmayan stres yaratan bir süreç ve %6.5’i ise boşa para ve çaba harcanan bir tedavi şekli olduğunu düşünmektedir. İnfertilite tedavisinin yaşattığı olumsuzluklara yönelik olarak erkeklerin %44.7’si maddi olarak olumsuz etkilendiklerini, %29.2’si tedaviden herhangi bir olumsuzluk yaşamadığını, %15.9’u tedaviden dolayı planlarını değiştirmek zorunda kaldıklarını, %9.5’i tedavinin çok fazla vakit aldığını ve %0.8’i ise psikolojik olarak olumsuz etkilendiklerini belirtmiştir. Bu konuda kadınların %58.2’si maddi olarak olumsuz etkilendiklerini, %21.2’si tedavi nedeni ile herhangi bir olumsuzluk yaşamadığını, %9.7’si tedavinin çok fazla vakit aldığını, %7.9’u tedaviden dolayı planlarını değiştirmek zorunda kaldıklarını, %1.8’i fiziksel olarak ve %1.2’si ise psikolojik olarak olumsuz etkilendiklerini ve belirtmiştir. Tedavide karşılaştıkları bu olumsuzluklarla ilgili infertil erkeklerin %76.8’i bu durumun geçici olduğunu, %13.1’i olumsuzlukların devam edeceğini ve %10.1’i ise tedaviyi bırakmak gerektiğini düşünmektedir. Bu olumsuzluklarla ilgili olarak infertil kadınların %72.5’i bu durumun geçici olduğunu, %17.4’ü olumsuzlukların devam edeceğini ve %10.1’i ise tedaviyi bırakmak gerektiğini düşünmektedir.

Diğer tedavi olan bireylerle karşılaşmanın kendilerini nasıl etkilediklerine ilişkin olarak; erkeklerin %51.7’si tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmenin kendisini umutlandırdığını, %15.5’i bir kaç kez tedavi olmuş hala sonuç alamamış bireylerle görüşmenin

kendilerini olumsuz etkilediğini, %14.7'si diğer tedavi olan bireylerle görüşmenin kendilerini ne olumlu ne de olumsuz etkilemediğini ve %18.1'i kendi durumunda daha birçok kişinin olduğunu bilmenin kendini rahatlatıldığını belirtmiştir. Kadınların ise %54.8'i tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmenin kendisini umutlandırdığını, %12.8'i bir kaç tedavi olmuş hala sonuç alamamış bireylerle görüşmenin kendisini olumsuz etkilediğini, %23'ü kendi durumunda daha birçok çiftin olduğunu bilmenin kendini rahatlatıldığını ve %9.3'ü diğer tedavi olan bireylerle görüşmenin kendisini ne olumlu ne de olumsuz etkilemediğini belirtmiştir.

Tablo 4.5: İnfertil bireylerin almakta oldukları tedavinin geleceğine yönelik düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	N	%
Tedavide gebelik şansına ilişkin düşünce	Kesin gebelik	90	26.8	62	24.0	152	25.6
	Sağlık profesyonelinin söylediği oranda gebelik	164	48.8	128	49.6	292	49.2
	Sağlık profesyonelinin söylediği orandan daha düşük oranda gebelik	61	18.2	46	17.8	107	18.0
	Kader ne olur belli değil	21	6.3	22	8.5	43	7.2
	Toplam	336	100.0	258	100.0	594*	100.0
Tedavinin olumsuz sonuçlanmasına ilişkin plan	Olumlu sonuçlanana kadar denemek	183	53.2	146	55.1	329	54.0
	Bir kez daha denemek	96	27.9	79	29.8	175	28.7
	Çocuk sahibi olmaktan vazgeçme	30	8.7	19	7.2	49	8.0
	Maddi duruma bağlı	35	10.2	21	7.9	56	9.2
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0
Tedavi sonunda kendisi ile ilgili hayali	Çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuva	208	60.5	158	59.6	366	60.1
	Çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu	44	12.8	52	19.6	96	15.8
	Çocuk sahibi olamamış ve mutlu	14	4.1	12	4.5	26	4.3
	Hiçbir şey düşünmüyor	78	22.7	43	16.2	121	19.9
	Toplam	344	100.0	265	100.0	609	100.0

* Bu soruya araştırmaya katılan kadınların 8'i, erkeklerin 7'si cevap vermemiştir.

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan bireylerin almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri yer almaktadır. Aldıkları tedavi sonunda erkeklerin %49.6’sı sağlık profesyonelinin kendisine söylediği oranda, %24’ü kesin, %17.8’i sağlık profesyonelinin kendisine söylediğinden daha düşük oranda gebelik beklediğini ve %8.5’i ise aldığı tedavi sonunda gebelik şansına ilişkin hiç birşey düşünemediğini belirtmiştir. Aldıkları tedavi sonunda kadınların %48.8’i sağlık profesyonelinin kendisine söylediği oranda, %26.8’i kesin, %18.2’si sağlık profesyonelinin kendisine söylediğinden daha düşük oranda gebelik beklediğini ve %6.3’ü ise aldığı tedavi sonunda gebelik şansına ilişkin hiç birşey düşünemediğini belirtmiştir.

Alınan tedavinin olumsuz sonuçlanması durumunda erkeklerin %55.1’i olumlu sonuçlanana kadar tedaviye devam edeceğini, %29.8’i bir kez daha denemeyi düşündüğünü, %7.9’u maddi durumuna göre karar vereceğini ve %7.2’si çocuk sahibi olmaktan vazgeçeceğini belirtmiştir. Kadınların %53.2’si olumlu sonuçlanana kadar tedaviye devam edeceğini, %27.9’u bir kez daha denemeyi düşündüğünü, %10.2’si maddi durumuna göre karar vereceğini, % 8.7’si çocuk sahibi olmaktan vazgeçeceğini belirtmiştir.

Tedavinin sonunda kendisi ile ilgili hayale yönelik olarak; infertil bireylerden erkeklerin %59.6’sı kendisini çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuvada hayal ettiğini, %16.2’si hiçbir şey düşünemediğini, %19.6’sı kendisini çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu olarak hayal ettiğini ve %4.5’i ise kendisini çocuk sahibi olamamış ama mutlu olarak hayal ettiğini söylemiştir. Kadınların da %60.5’i kendisini çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuvada hayal ettiğini, %22.7’si hiçbir şey düşünemediğini, %12.8’i kendisini çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu olarak hayal ettiğini ve %4.1’i ise kendisini çocuk sahibi olamamış ama mutlu olarak hayal ettiğini söylemiştir.

Tablo 4.6. İnfertil bireylerin bazı özellikleri ile BUÖ puan ortalaması arasındaki ilişki

Özellikler	BUÖ					
	Kadın			Erkek		
	n	r*	p	n	r*	P
Yaş	344	0.156	0.004	265	0.040	0.519
Evlilik süresi	344	0.164	0.002	265	0.078	0.205
Çocuk sahibi olmayı isteme süresi	344	0.163	0.002	265	0.134	0.030

*Spearman korelasyonu yapılmıştır.

Tablo 4.6’da infertil bireylerin bazı özellikleri ile BUÖ puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. Kadınlarda yaş ($r=0.156$, $p=0.004$), evlilik süresi ($r=0.164$, $p=0.002$) ve çocuk isteme süresi ($r=0.163$, $p=0.002$) ile BUÖ puan ortalaması arasında; erkeklerde ise çocuk isteme süresi ($r=0.134$, $p=0.030$) ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerde yaş ($r= 0.040$, $p= 0.519$) ve evlilik süresi ($r= 0.078$ $p= 0.205$) ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7: İnfertil bireylerin cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamasının dağılımı

BUÖ								
Kadın (n=344)				Erkek (n=265)				Z p
$\bar{X}$	En az	En yüksek	ss	$\bar{X}$	En az	En yüksek	ss	
5.6	0	20	4.2	6.1	0	20	4.6	43861.5 0.422

Z=Mann-whitney U testi

Tablo 4.7’de infertil bireylerin cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamasının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan infertil kadınların BUÖ puan ortalaması, 5.6 ± 4.2 olarak, araştırmaya katılan infertil erkeklerin ise BUÖ puan ortalaması, 6.1 ± 4.6 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre BUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.8: İnfertil bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	BUÖ							
	Kadın				Erkek			
	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Eğitim Durumu								
İlkokul	129	6.3 ^{ab}	4.3	$\chi^2=10.946$ $p=0.012$	45	7.6 ^{ab}	4.4	$\chi^2=17.687$ $p=0.001$
Ortaokul	55	5.4	4.2		62	6.6	4.6	
Lise	108	5.1 ^a	4.2		98	5.6 ^a	4.2	
Üniversite	47	4.7 ^b	3.7		56	5.0 ^b	5.3	
Çalışma Durumu								
Evet	81	4.9	3.6	$Z = 443.5$ $p=0.121$	256	6.1	4.7	$Z=1084$ $p=0.762$
Hayır	263	5.8	4.3		9	5.2	3.8	
Sosyal Güvence								
Var	313	5.4	4.1	$Z = 3096.5$ $p=0.001$	247	5.8	4.6	$Z = 1118.5$ $p=0.004$
Yok	31	7.6	4.3		18	9.5	4.1	
Gelir Durumu								
Kötü	43	8.8 ^{ab}	5.2	$\chi^2=21.948$ $p=0.000$	25	8.6 ^{ab}	4.5	$\chi^2=17.444$ $p=0.000$
Orta	261	5.2 ^a	3.9		211	6.1 ^a	4.7	
İyi	40	4.7 ^b			29	3.7 ^b	3.3	
Yaşayan Çocuk Sayısı								
Var	11	6.1	4.5	$Z=1682.5$ $p=0.644$	9	4.8	3.8	$Z = 976.5$ $p=0.435$
Yok	333	5.6	4.2		256	6.1	4.7	
Gebelik Sayısı								
Yok	254	5.7	4.2	$Z = 1098$ $p=0.517$	193	6.0	4.5	$Z = 6878$ $p=0.899$
Diğer	90	5.3	4.0		72	6.3	5.0	
Gebeliğin sonuçlanma şekli								
Başarılı gebelik	14	6.0	4.1	$Z = 446.5$ 0.337	9	5.7	4.0	$Z = 274.5$ 0.877
Başarısız gebelik	76	5.2	4.0		63	6.4	5.1	
Yaşamını Tanımlama Şekli								
Mutlu ve şanslı	122	4.0 ^{ab}	2.8	$\chi^2 = 49.68$ 0.001	107	4.5 ^{ab}	3.7	$\chi^2 = 38.21$ 0.001
Mutluluğu tam olarak yakalayamamış ama bunun için çabalayan	187	5.9 ^a	4.0		137	6.4 ^a	4.4	
Boşa çabalayan	23	11.5 ^b	5.0		18	12.8 ^b	5.4	

Tablo 4. 8 : İnfertil bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı (Devam)

Özellikler	BUÖ							
	Kadın				Erkek			
	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Çocuk Sahibi Olmanın Anlamı								
Hayatın anlamı, mutlu olma	73	6.0	4.4	$X^2= 5.137$ 0.399	68	6.4	5.0	$X^2= 6.012$ 0.304
Eşin mutlu olması	14	6.1	5.4		10	7.9	5.5	
Ailelerin mutlu olması	9	4.9	4.1		14	6.6	4.5	
Annelik/babalık duygusunu yaşamak	184	5.1	3.8		116	5.4	4.4	
Toplum içinde rahat olmak	7	7.4	4.6		15	6.5	3.9	
Çok şey ifade ediyor	57	6.4	4.6		42	6.5	4.8	

X^2 = Kruskal Wallis H Testi

Z= Mann- Whitney U Testi

a,b= Bonferroni düzeltilmeli Mann- Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; $p < 0.05$

Tablo 4.8’de infertil bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre BUÖ puan ortalamaları verilmiştir. Cinsiyetleri ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). İnfertil erkeklerin ve kadınların eğitim durumlarına göre BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli şekilde fark bulunmuştur ($p > 0.05$), erkeklerin ve kadınların eğitim durumları arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı görülmüştür ($p < 0.05$).

İnfertil erkeklerin ve kadınların çalışma durumları ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). İnfertil erkekler ve kadınların sosyal güvence durumu ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak oldukça önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$), sosyal güvencesi olmayan bireylerin umutsuzluk düzeylerine göre sosyal güvencesi olan bireylerin umutsuzluk düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). İnfertil bireylerin gelir durumu ile BUÖ

puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). gelir durumunu kötü olarak değerlendiren erkek ve kadınların BUÖ puan ortalaması gelir durumunu orta ve iyi olarak değerlendirenlerin puan ortalamasından daha yüksektir ($p<0.05$).

İnfertil erkek ve kadınlarda gebelik sayısı ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İnfertil erkek ve kadında; oluşan gebeliğin başarılı veya başarısız sonuçlanması ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnfertil bireylerin yaşamlarını tanımlama şekli ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$), yaşamını mutlu ve şanslı tanımlayan infertil kadın ve erkeklerin BUÖ puan ortalamaları, yaşamını mutluluğu yakalayamamış ama bunun için çabalayan veya boşa çabalayan şeklinde tanımlayanlarınkinden önemli derecede daha düşük bulunmuştur. Çocuk sahibi olmanın infertil kadın ve erkekler için anlamı ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9: İnfertil bireylerin infertilite nedeni ve etkilerine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

BUÖ				
İnfertilite Nedeni	N	$\bar{X}$	SS	χ^2 P
Kadın faktör	154	5.6	4.2	0.155 0.984
Erkek faktör	121	5.9	4.6	
Hem kadın hem erkek faktör	98	5.8	4.5	
Açıklanamayan infertilite	236	5.9	4.4	
İnfertilitenin etkileri				
Olumsuzluk yaratan bir durum değil	210	4.2 ^{ad}	3.2	53.25 0.001
Sosyal yaşantıyı olumsuz etkiliyor	135	6.8 ^{abc}	4.9	
Psikolojiyi olumsuz etkiliyor	239	6.7 ^{def}	4.6	
Aile içi ilişkiler olumsuz etkileniyor	13	3.9 ^{be}	1.6	
Ekonomik yönden olumsuz etkiliyor	6	9.7 ^{cf}	4.9	

X^2 = Kruskal Wallis H Testi

a,b,c,d,e,f = Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; $p < 0.05$

Tablo 4.8’de infertil bireylerin infertilite nedeni ve infertilitenin etkilerine göre BUÖ ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. İnfertilite nedeni ile bireylerin BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p=0.984$).

İnfertilitenin bireylerin üzerindeki etkileri ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Sosyal yaşantısını ve psikolojisini olumsuz etkilediğini düşünen bireylerin umutsuzluk düzeyi bu durumu bir olumsuzluk olarak düşünmeyen, aile içi ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ve ekonomik yönden olumsuz etkilendiğini düşünen bireylerin umutsuzluk düzeyine göre önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10: İnfertil bireylerin infertil olmakla ilgili duyguları ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamaları

	Kadın				Erkek			
İnfertil olmakla ilgili duygulara ilişkin değerlendirmeler	n	$\bar{X}$	SS	χ^2 P	n	$\bar{X}$	SS	χ^2 P
Kendimi işe yaramaz hissediyorum	20	9.8 ^{ab}	5.6	24.84 0.001	16	12.1 ^{ab}	5.7	35.65 0.001
Kendimi suçlu gibi hissediyorum	32	7.8	4.9		33	8.8	4.6	
Bu durumu tek taraflı düşünmüyorum	59	5.7 ^a	4.4		54	5.4 ^a	3.2	
Herkesin başına gelebilir, benim başıma geldiği gibi	231	4.9 ^b	3.5		161	5.2 ^b	4.3	

χ^2 = Kruskal Wallis H Testi

a,b= Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır;

(p< 0.05)

Tablo 4.10'da infertil bireylerin infertil olmakla ilgili duygularına göre BUÖ puan ortalamaları verilmiştir. Kadın ve erkeğin infertil olmakla ilgili duyguları ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (p=0.001). Kendini işe yaramaz hisseden bireylerin BUÖ puan ortalamaları, bu durumu tek taraflı düşünmeyen ve bu durumun herkesin başına gelebileceğini düşünen bireylerin BUÖ puan ortalamalarından önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.11: İnfertil bireylerin uygulanan tedavi ve etkilerine ilişkin değerlendirmeleri ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamalarının dağılımı

BUÖ								
	Kadın				Erkek			
Uygulanan Tedavi ve Etkilerine İlişkin Değerlendirmeler	N	$\bar{X}$	SS	χ^2_p	N	$\bar{X}$	SS	χ^2_P
Tedavi İle İlgili Plan								
Çocuk sahibi olana kadar	133	5.0	3.6	12.584 0.013	94	5.4	4.4	10.023 0.041
Sağlık profesyoneli kaç uygulamayı uygun görürse	48	5.1	4.2		47	5.0	4.0	
Maddi duruma bağlı	72	7.0 ^a	4.7		75	6.8 ^a	4.8	
Bir kez denemek	12	4.6 ^{ab}	4.4		10	6.4 ^{ab}	4.5	
Sosyal güvencenin karşıladığı kadar	76	5.7 ^b	4.2		39	7.5 ^b	5.2	
İnfertilite tedavisine ilişkin düşünce								
Sonunda çocuk sahibi olunabilen bir tedavi şekli	92	4.3 ^{ac}	3.6	40.471 0.001	77	5.2 ^{ac}	4.4	24.674 0.001
Çocuk sahibi olabilme şansını biraz arttıran bir tedavi şekli	156	5.0 ^{bd}	3.6		123	5.5 ^{bd}	4.4	
Boşa para ve çaba harcanan bir tedavi şekli	22	7.7 ^{cd}	5.1		13	8.2 ^{cd}	5.6	
Sonu belli olmayan stres yaratan bir süreç	69	8.0 ^{ab}	4.7		45	8.8 ^{ab}	4.8	
Tedavide karşılaşılan olumsuzluklara ilişkin düşünce								
Geçici bir durum	229	4.3	2.9	63.37 0.001	182	5.4	4.1	17.47 0.001
Olumsuzluklar devam edecek	55	9.1	5.3		31	9.8	5.7	
Tedaviyi bırakmak gerek	32	8.7	4.5		24	7.5	5.6	
Tedavi olan diğer bireylerle karşılaşmanın etkisi								
Bir kaç tedavi almış hala sonuç alamamış bireylerle görüşmek olumsuz etkiliyor	44	8.1 ^{ab}	5.2	15.05 0.001	41	8.6 ^{ab}	5.0	22.65 0.001
Tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmek umutlandırıyor	188	5.1 ^a	3.9		137	5.1 ^a	4.4	
Daha birçok çiftin bu durumda olduğunu bilmek (görmek) rahatlatıcı	79	5.6	3.8		48	7.0	4.8	
Olumlu ve olumsuz etkilemiyor	32	5.4 ^b	4.2		39	5.7 ^b	3.8	

χ^2 = Kruskal Wallis H Testi

a,b, c,d= Bonferroni düzeltmeli Mann- Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; p< 0.05

Tablo 4.11' de infertil bireylerin uygulanan tedavi ve etkilerine ilişkin değerlendirmelerine göre BU puan ortalamaları verilmiştir. Planlanan tedavi sayısı ile BU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). İnfertil erkeklerde tedaviye ocuk sahibi olana kadar devam etmeyi düşünenlerin BU puan ortalamaları sosyal güvencesinin karşıladığı kadar tedavi olmayı planlayanların BU puan ortalamalarından önemli bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). ocuk sahibi olana kadar tedavi planlayan infertil erkeklerin BU puan ortalamaları tedaviyi birden fazla denemeyi düşünmeyen veya sosyal güvencesinin karşıladığı kadar tedavi olmayı planlayanların BU puan ortalamasından önemli bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). İnfertil kadınlarda birden fazla tedavi olmayı planlamayanların umutsuzluk düzeyleri sağlık profesyonelinin uygun gördüğü sayıda veya sosyal güvencesinin karşıladığı sayıda tedavi olmayı planlayanların umutsuzluk düzeylerinden anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

İnfertil bireylerin infertilite tedavisine ilişkin düşünceleri ile BU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). İnfertil erkek ve kadınlardan infertilite tedavisi için sonu belli olmayan stres yaratan ve boşa para ve çaba harcanan bir süreç olduğunu düşünenlerin BU puan ortalaması sonunda ocuk sahibi olabilecekleri ve ocuk sahibi olabilme şanslarını biraz arttıran bir tedavi şekli olduğunu düşünenlerin BU puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Tedavide karşılaştıkları olumsuzlukların bireylere düşündürdükleri ile BU puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur($p=0,001$). Bu durumun geçici olduğunu düşünen kadın ve erkeklerin BU puan ortalamaları olumsuzlukların devam edeceğini ve tedaviyi bırakmak gerektiğini düşünen kadın ve erkeklere göre önemli bir şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Diğer tedavi olan bireylerle karşılaşmanın infertil bireylere etkisi ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). İnfertil erkeklerde ve kadınlarda birkaç tedavi almış hala sonuç alamamış bireylerle karşılaşmaktan olumsuz etkilendiğini söyleyenlerin BUÖ puan ortalaması tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmenin umutlandırdığını, kendi durumlarında daha birçok çifti görmenin rahatlatıldığını ve diğer tedavi olan bireylerle görüşmek ne olumlu ne de olumsuz etkilendiğini belirten bireylere göre önemli bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 12 : İnfertil bireylerin almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri ve cinsiyetine göre BUÖ puan ortalamaları

BUÖ								
	Kadın				Erkek			
Almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri	n	$\bar{X}$	SS	χ^2 p	N	$\bar{X}$	SS	χ^2 P
Tedavide gebelik şansına ilişkin düşünce								
Kesin gebelik	90	4.7 ^a	3.5	43.27 0.001	62	5.0 ^a	4.5	17.64 0.001
Sağlık profesyonelinin söylediği oranda gebelik	164	4.9 ^b	3.4		128	5.7 ^b	4.5	
Sağlık profesyonelinin söylediği orandan daha düşük oranda gebelik	61	9.2 ^{abc}	5.1		46	8.0 ^{ab}	4.8	
Kader ne olur belli değil	21	4.9 ^c	4.3		22	6.9	4.7	
Tedavinin olumsuz sonuçlanmasına ilişkin plan								
Olumlu sonuçlanana kadar denemek	183	4.9 ^{ab}	3.6	8.23 0.041	146	5.5 ^{ab}	4.2	6.622 0.084
Bir kez daha denemek	96	5.9	4.1		79	6.6	5.0	
Çocuk sahibi olmaktan vazgeçmek	30	6.9 ^b	5.3		19	8.3 ^b	5.2	
Maddi duruma bağlı	35	7.1 ^a	5.2		21	6.2 ^a	5.2	
Tedavi sonunda kendisi ile ilgili hayali								
Çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuva	208	5.3	3.8	2.756 0.431	158	5.5 ^a	4.5	30.01 0.001
Çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu	44	5.2	3.3		52	5.3 ^b	3.2	
Çocuk sahibi olamamış ve mutlu	14	5.3	4.6		12	4.5 ^c	4.3	
Hiçbir şey düşünemiyor	78	6.8	5.3		43	9.7 ^{abc}	5.0	

χ^2 = Kruskal Wallis H Testi

a,b= Bonferroni düzeltilmeli Mann- Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır;
p< 0.05

Tablo 4. 12’de infertil bireylerin almakta oldukları tedavi ile ilgili geleceğe yönelik düşünceleri ile BUÖ puan ortalamaları verilmiştir. Almış olduğu tedavi sonunda gebelik şansına ilişkin bireylerin ne düşündüğü ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (p=0.001). Araştırmaya katılan infertil erkek ve kadınlardan sağlık profesyonelinin söylediği orandan daha düşük oranda

gebelik beklediğini söyleyenlerin BUÖ puan ortalaması bu tedaviden kesin gebelik beklediğini, sağlık profesyonelinin söylediği oranda gebelik beklediğini söyleyenlerden ve tedavi sonucunu kadere bırakanlardan önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan infertil kadınların aldığı tedavinin olumsuz sonuçlanması durumunda planladıkları ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p=0.084$). İnfertil erkeklerin aldığı tedavinin olumsuz sonuçlanması durumunda planladıkları ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0.041$). Olumlu sonuçlanana kadar denemeyi düşünenlerin BUÖ puan ortalaması, bir kez daha denemeyi düşünenler ve çocuk sahibi olmaktan vazgeçenlerin BUÖ puan ortalamasına göre anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tedavi bittikten sonra infertil kadınların kendilerini nasıl hayal ettikleri ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p=0.431$). Erkeklerin ise tedavi bittikten sonra kendilerini nasıl hayal ettikleri ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0.001$). Hiç birşey düşünemiyorum diyenlerin BUÖ puan ortalamaları, kendini çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuvada, çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu, çocuk sahibi olamamış ve mutlu bir şekilde hayal edenlere göre önemli bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada infertil bireylerde umutsuzluğun düzeyinin ve ilişkili değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Literatürde infertil bireylerde umutsuzluk düzeyini özgül olarak inceleyen araştırma bulunmaması nedeni ile bu araştırmanın sonuçları, infertil bireylerin psikolojisini temel alarak yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların yaşının artması ile umutsuzluk düzeylerinin de arttığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Yaş ile infertilite tedavisinin başarısı arasında önemli bir ilişkinin olması yaş arttıkça umutsuzluğunun da artmasını açıklayabilir.²⁷ Benzer şekilde infertil kadınlar üzerinde yapılan diğer çalışmalarda kadınların yaşı arttıkça depresyon⁶⁴ ve anksiyete⁴³ düzeylerinin arttığı görülmüştür. İnfertil kadınların tersine infertil erkeklerde yaş ile umutsuzluk düzeyi arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6). Gürbüz tarafından yapılan çalışmada yaşın, infertil erkeklerde depresyon düzeyinin belirleyici bir değişken olmadığı saptanmıştır.⁴⁸

Araştırmada evlilik süresi arttıkça kadınların umutsuzluk düzeyinin arttığı ($p<0.05$) saptanırken erkeklerde umutsuzluk düzeyinin bu değişkenden etkilenmediği görülmüştür (Tablo 4.6). infertil bireylerde psikolojik tepkileri araştıran çalışmalarda evlilik süresi arttıkça kadınların depresyon⁶⁴ ve sürekli kaygı⁴⁷ düzeyinin arttığı buna karşın erkeklerin evlilik süresi ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında önemli bir ilişki olmadığı⁷ saptanmıştır.

Çalışmamız sonuçlarına göre infertil kadınların ve erkeklerin çocuk isteme süresi arttıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Yaş ve evlilik süresi yalnızca kadınların umutsuzluk

düzeyinde belirleyici bir etken iken, çocuk isteme süresinin hem kadınlar hem erkekler için umutsuzluk düzeyini belirleyici bir etken olduğu görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda çocuk isteme süresi arttıkça infertil bireylerin yalnızlık düzeyinin de arttığı belirtilmiştir.^{57,65}

Araştırmamızda cinsiyetin umutsuzluk düzeyine önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Diğer çalışmalarda ise bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak kadın ve erkeklerin infertiliteye farklı duygusal tepkiler verebildiği görülmektedir. Bu çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı,⁶⁶ depresif olduğu⁵⁸ ve daha çok izolasyon duygusu⁶⁷ yaşadığı belirtilmiştir.

Eğitim düzeyi üreme ve sağlık davranışları açısından önem taşımakta infertilitenin algılanmasını ve infertiliteye bağlı sorunların yaşanma düzeyini de etkilemektedir.^{14,52} Çalışmamızda da eğitim düzeyi düştükçe araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin umutsuzluk düzeylerinin arttığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızın bu bulgusu eğitim düzeyi düştükçe anksiyete, depresyon^{64,43} ve yalnızlık^{65,57} düzeylerinin arttığını gösteren çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda çalışma durumunun umutsuzluk düzeyine önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 4.8). Yapılan diğer çalışmalarda çıkan sonuçlara bakıldığından bizim çalışmamızın aksine bir işle meşgul olmanın infertilite ile baş etmede bireyleri destekleyici rol oynadığı ve terapötik etki yarattığını düşündürmektedir.^{57,68} Yılmaz infertil bireylerle yaptığı çalışmada eğer birey çalışmıyorsa ve bu bireyin üreme ile ilgili sorunu da var ise daha depresif ve anksiyete düzeyinin de daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.⁶² Yapılan diğer çalışmalarda çalışan infertil bireylerin çalışmayanlara kıyasla daha çok anksiyete, depresyon⁴³ ve yalnızlık^{57,65} yaşadığı saptanmıştır.

Sosyal güvencenin varlığı infertilite tedavisi gibi yüksek maliyetli bir tedaviden yararlanmayı etkileyen önemli faktörlerden biridir.^{14,48} Sosyal güvencesi olmayan bireylerde tedavi maliyeti daha da artmaktadır. Bireyler bu maliyeti karşılayamadıklarında psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler.⁶⁴ İnfertil bireylerin çalışması ve ekonomik güce sahip olmaları sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmalarında etkili olmaktadır.⁴⁸ Araştırmanın bulgularına göre sosyal güvenceye, orta veya iyi düzeyde gelir durumuna sahip olan bireyler daha az umutsuzluk yaşamaktadırlar ve bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Yapılan çalışmalarda sosyal güvencesi olmayan bireylerde tedavi maliyetini karşılama güçlüğüne depresyon^{64,69} ve stres düzeyini⁵⁸ arttırdığı görülmüştür.

Çalışmamızda yaşayan çocuğa sahip olma durumu, daha önce gebelik geçirme, geçirilen gebelik sayısının ve gebeliklerin sonuçlanma şeklinin (canlı doğum, ölü doğum, düşük veya kürtaj) infertil kadın ve erkeklerin umutsuzluk düzeylerinde bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (Tablo 4.8). Oğuz'un yaptığı çalışmada daha önce geçirilmiş bir gebelik öyküsü olmasının infertil kadının depresyon düzeyine bir etkisi olmadığı saptanmıştır.²¹ Matsubayatsi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bireyin daha önce bir gebelik geçirmiş olmasının infertiliteye karşı gelişen psikolojik tepkiyi etkilemediği görülmüştür.⁷⁰

İnfertilite kimden kaynaklanırsa kaynaklansın çiftin sorunudur, her ikisi de çocuk sahibi olma mutluluğundan mahrum kalmaktadır. İnfertilite nedeninin (kadın faktör, erkek faktör, her ikisi, açıklanamayan infertilite) çalışmamıza katılan infertil kadın ve erkeklerin umutsuzluk düzeyinde de önemli bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9). Bozkurt'un yaptığı çalışmada da bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak infertilite nedeninin kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.^{21,64} Bazı çalışmalarda ise kadın

faktörlü infertilitede kadınların depresyon belirtilerinin⁶⁷ daha yüksek olduğu ve güven kaybı yaşadıkları,⁷¹ erkek faktörlü infertilitenin her iki eşte de kadın faktörlü infertiliteye kıyasla daha yıkıcı olduğu saptanmıştır.⁶⁷

Alınan tedavinin başarısız olması durumunda kadın ve erkeklerin çoğunluğunun “olumlu sonuçlanana kadar denemeyi düşünürüm” cevabını verdiği ve umutsuzluk düzeyinin önemli derecede düşük bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Benzer sonuç; infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada “tekrar deneyebilirim” diyen kadınların yaşam kalitesinin duygusal boyutunda daha az olumsuzluk yaşadıkları saptanmıştır⁷²

6. SONUÇ

İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- İnfertil erkeklerde yaş ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken kadınlarda önemli derecede anlamlı fark vardır. Kadınların yaşı arttıkça umutsuzluk düzeyi artmaktadır (Tablo 4.6).

- İnfertil kadınlarda evlilik süresi uzadıkça umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Erkekler de ise evlilik süresi ile BUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 4.6).

- İnfertil erkeklerde çocuk sahibi olmayı isteme süresi arttıkça umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Kadınlarda bu durum anlamlı fark yaratmamaktadır (Tablo 4.6).

- İnfertil bireylerin cinsiyeti ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.7).

- Eğitim durumu ve gelir durumu arttıkça hem infertil erkeklerin hem de kadınların umutsuzluk düzeyi azalmaktadır (Tablo 4.8).

- Çalışan infertil bireylerle çalışmayan bireylerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.8).

- Sosyal güvencesi olan bireyler olmayan bireylere kıyasla daha az umutsuzluk yaşamaktadır (Tablo 4.8).

- Bireylerin umutsuzluk düzeyi yaşayan çocuğunun olup

olmaması, daha önce geçirilmiş gebelik öyküsü ve gebeliğin sonuçlanma şeklinden etkilenmemektedir (Tablo 4.8).

- Yaşamını mutlu ve şanslı tanımlayan infertil kadın ve erkeğin umutsuzluk düzeyleri, yaşamını; mutluluğu yakalayamamış ama bunun için çabalayan veya boşa çabalayan şeklinde tanımlayanların umutsuzluk düzeylerinden anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.8).

- Çocuk sahibi olmanın infertil kadın ve erkek için ifade ettiği anlamlar ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.8).

- Bireylerin umutsuzluk düzeyi ile infertilite nedeni arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.9).

- İnfertilitenin yaşamını hem psikolojik hem de sosyal açıdan olumsuz etkilediğini söyleyen infertil kadın ve erkekler, bu durumu bir olumsuzluk olarak düşünmeyen bireylere göre daha fazla umutsuzluk yaşamaktadırlar (Tablo 4.9).

- Kendini işe yaramaz hisseden infertil bireylerin umutsuzluk düzeyleri bu durumu tek taraflı düşünmeyen ve bu durumun herkesin başına gelebileceğini düşünen bireylerin umutsuzluk düzeylerine göre önemli bir şekilde yüksektir (Tablo 4.10).

- İnfertil erkeklerde tedaviye çocuk sahibi olana kadar devam etmeyi düşünenler, sosyal güvencesinin karşıladığı kadar tedavi olmayı planlayanlardan, sağlık profesyonelinin uygun gördüğü sayıda tedavi planlayan infertil erkekler, tedaviyi birden fazla denemeyi düşünmeyen veya sosyal güvencesinin karşıladığı kadar tedavi olmayı planlayanlarından daha az umutsuzluk yaşamaktadırlar. İnfertil kadınlarda

ise birden fazla tedavi olmayı planlamayanlar, sağlık profesyonelinin uygun gördüğü sayıda veya sosyal güvencesinin karşıladığı sayıda tedavi olmayı planlayanlardan daha az umutsuzluk taşımaktadırlar (Tablo 4.11).

- İnfertil erkek ve kadınlardan infertilite tedavisi için sonu belli olmayan stres yaratan ve boşa para ve çaba harcanan bir süreç olduğunu düşünenler, sonunda ocuk sahibi olabilecekleri ve ocuk sahibi olabilme şanslarını biraz arttıran bir tedavi şekli olduğunu düşünenlerden daha fazla umutsuzdurlar (Tablo 4. 11).

- Tedavi sırasında karşılaşılan olumsuz durumlarda; bu durumun geçici olduğunu düşünen kadın ve erkekler, olumsuzlukların devam edeceğini ve tedaviyi bırakmak gerektiğini düşünen kadın ve erkeklerden daha çok umutlulardır (Tablo 4.11).

- İnfertil erkeklerde ve kadınlarda birkaç tedavi almış hala sonuç alamamış bireylerle karşılaşmaktan olumsuz etkilendiklerini söyleyenler; tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmekten umutlandığını, aynı durumda daha birçok çiftin olduğunu bilmenin rahatlattığını ve diğer tedavi olan bireylerle görüşmekten olumlu veya olumsuz etkilenmediğini söyleyen bireylerden daha fazla umutsuzluk yaşamaktadırlar (Tablo 4.11).

- Araştırmaya katılan infertil erkek ve kadınlardan sağlık profesyonelinin söylediği orandan daha düşük oranda gebelik beklediğini söyleyenlerin umutsuzluk düzeyi bu tedaviden kesin gebelik beklediğini, sağlık profesyonelinin söylediği oranda gebelik beklediğini söyleyenlerden ve tedavi sonucunu kadere bırakanlardan önemli bir şekilde yüksektir (Tablo 4.11).

- Bir kez daha denemeyi düşünenler ve ocuk sahibi

olmaktan vazgeçenler, tedaviye olumlu sonuç alana kadar devam etmeyi düşünenlere göre daha fazla umutsuzluk yaşamaktadırlar (Tablo 4.12).

- Araştırmaya katılan infertil erkeklerin tedaviden sonra kendini hiçbir şekilde hayal edemeyelerin umutsuzluk düzeyleri kendini çocuğu ve eşiyle mutlu bir yuvada, çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu, çocuk sahibi olamamış ve mutlu hayal edenlere göre önemli bir şekilde yüksektir. Kadınların ise tedaviden sonra kendini nasıl hayal ettiği ile BUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur (Tablo 4.12).

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar ışığında;

- Kadınlarda yaş, çocuk sahibi olmayı isteme süresi ve evlilik süresi arttıkça umutsuzluk arttığından bu gruba giren infertil kadınların umut düzeyinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve desteklenmesi,

- Eğitim, gelir durumunun düşük olması ve sosyal güvencesinin olmaması infertil bireylerde umutsuzluğu arttıran faktörler olduğundan hemşireler tarafından bu gruba giren infertil bireylerin umudunun da değerlendirilmesi ve desteklenmesi,

- İnfertilite, infertilite tedavisi ve tedavi sonrası durumla ilgili olumsuz düşünceler ifade eden bireyler daha fazla umutsuz olduğundan hemşireler tarafından bu grubun umudunun değerlendirilmesi ve desteklenmesi,

- Gerekli durumlarda uzman yardımının alınabilmesi,

- Gelecekteki araştırmalarda infertil çiftler üzerinde umutsuzluk düzeylerine bakılması ve
- İnfertil bireyler kaçınıcı kez tedavi alıyorlar ise buna göre sınırlandırılarak umutsuzluklarının değeriendirilmesi önerilmektedir.

7. ÖZET

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren bir yaşam krizidir ve bireylerde birçok psikososyal sorunlara neden olmaktadır.

Bu araştırma infertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan iki hastanenin tüp bebek kliniğine başvuran bireyler, örneklemini ise Mayıs 2008 ve Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 609 birey oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Hasta bilgi Formu” ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler yüzdelik, Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirilmiştir. Kadınların yaşı, infertilite ve çok sahibi olmayı isteme süresi erkeklerin ise çocuk sahibi olmayı isteme süresi arttıkça umutsuzluğunun arttığı; erkeklerin ve kadınların eğitim ve gelir durumu arttıkça umutsuzluğunun azaldığı belirlenmiştir. Erkeklerde ve kadınlarda çalışan ve sosyal güvencesi olan bireylerin daha az umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. İnfertil erkek ve kadınlarda infertilite nedeni, cinsiyet, yaşayan çocuğun olması, daha önce geçirilmiş gebelik öyküsü ve gebeliğin sonuçlanma şekli umutsuzluğu etkilememiştir. İnfertil olmakla, infertilite tedavisi ile ilgili olumsuz etkilendiğini ifade eden bireylerin daha fazla umutsuz olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; infertilite tedavi merkezlerinde takip edilen ve özellikle yaşı ileri, evlilik süresi ve çocuk sahibi olmayı isteme süresi uzun olan ve çalışmayan bireylerin her aşamada hemşireler tarafından psikolojik gereksinimlerinin değerlendirilirken umudun da değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Birey, Umutsuzluk

8. SUMMARY

For couples who want to have a baby, infertility is a life crisis that is threatening psychologically, stressful emotionally, expensive economically and agonizing due to operations performed for diagnosis and treatment; and it causes many psychosocial problems in individuals.

This survey was carried out by using cross-sectional and descriptive method in order to determine hopelessness in infertile individuals. Population of the survey was composed of individuals who applied to fertility clinics of two hospitals located in Ankara city center; and sampling of the survey was composed of 609 individuals in total who made application between May 2008 and September 2008 and who accepted participating in the survey. "Patient Information Form" and "Beck Hopelessness Scale" were used as data collection means. Data were evaluated by means of percentage, Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U tests. It was found out that the level of hopelessness increases as women's age, period of infertility and period of desire to have a child increase, and that the level of hopelessness increases as men's period of desire to have a child increases, and that the level of hopelessness decreases in men and women as education and income levels increase. It was found out, for both men and women, that individuals who work and have social security have less hopelessness. Reason of infertility, sex, having a living child, previous pregnancy and result of pregnancy do not affect the level of hopelessness in infertile men and women. It was found out that infertile individuals stating that they are affected adversely related to infertility treatment are more hopeless. According to the results of the survey, it is suggested that the hope is assessed and supported while psychological requirements of individuals observed in infertility treatment centers, especially old individuals whose period of marriage and period of

desire to have a child are long and who do not work, are assessed by nurses in each phase.

Keywords: Infertility, Individual, Hopelessness

9. KAYNAKLAR

1. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: depresyon ve İntiharda önemi. Kriz Dergisi 1991; 1(3):134-138.
2. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlik çalışması. Kriz Dergisi 1994;2(2):311-319.
3. Dilbaz N, Seber G, Kaptanoğlu C, ve Ark. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlik ve güvenirliği. Kriz Dergisi 1993; 3(3): 139-142.
4. Cutcliffe JR, Herth K.: The concept of hope innursing 1: its origins, background and nature. Br J Nurs 2002; 11(12):832-840.
5. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik Hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6(1):41-47.
6. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(2): 39-47.
7. Yerlikaya İ. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma ve hobi terapiye dayalı “umut eğitimi” programlarının ilköğretim öğrencilerinin umutsuzluk düzeyine etkisi. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2006.
8. Raleigh ED. Sources of hope in chronic illness. Oncol Nurs Forum 1992; 19(3):443-448.
9. Dunn SL. Hopelessness as a response to psysical illness. Journal of Nursing Scholarship 2005; 37(2): 148-154.
10. Holt, J. Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. Journal of Advenced Nursing, 2000; 32(5): 1116-1125.
11. Nowotny ML. Assesment of hope in patients with cancer: development of an instrument. Oncol Nurs Forum, 1989; 16(1): 57-61.
12. Albayrak, E. Kayseri İl Merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda İnfertilite Sıklığı ve İnfertil Kadınların Kaygı Düzeyleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2005.

13. Ataman H. Doğal ve infertilite sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.
14. Akyüz A. IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. Yayınlanmış Doktora Tezi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2001.
15. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8(2):140-148.
16. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2001.
17. Atasü T Şahmay S. Jinekoloji. 2. Basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001; 480-512.
18. Finamore PS, Seifer DB, Ananth CV, et al. Social concerns of women undergoing infertility treatment. Fertility and Sterility 2007; 88(4) 817-21.
19. Abbey, A, Andrews FM, Halman LJ. Gender's Role in Responses to Infertility. Psychology of Women Quarterly 1991; 15: 295-316.
20. Miller ABJ, Boyden, JW. Infertility. American Family Physician 2007;75(6).
21. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi; 2004.
22. Beck AT ve ark. The measurement of pessimism. The hopelessness scale. J Consult Clin Psychology 1974; 42(6): 861-865.
23. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1999; 61-67.
24. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24(4):267- 271.

25. Greene S.M. The Relation Between Depression and Hopelessness. British Journal of Psychiatry 1989; 154: 650-659.
26. Atıcı D. İnfertilite tedavisi uygulanan kadın ve erkeğin anksiyete ve depresyon düzeyinin oosit sayısı, sperm sayısı- hareketlilik gebelik sonucuna etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2006.
27. Yakan B, Başak EB. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesinde Ocak 2005-Ağustos 2006 Tarihleri Arasında Tedavi Gören Hastaların Klinik Gebeliği Üzerinde Bazı Parametrelerin Etkileri. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2008; 17(1): 7-15.
28. Akyüz A, İnanc N. I.V.F. Ünitesinde eşlere yönelik hemşirelik faaliyetlerinin planlanmasında temel alınacak deneyim ve gereksinimlerin belirlenmesi. 6.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara, 1998; 27.
29. Gürhan N. İnfertilite Hemşireliğinde iletişim ve danışmanlık. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. Ankara, 2003; 121-122.
30. Atıcı D. İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik bakımı. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. Ankara, 2003; 67.
31. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş; 2004.
32. Özmen D, DüNDAR P, Çetinkaya A, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluğu etkileyen etkenler. Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9: 8-15.
33. Şahin S. Diyaliz alan bireylerin umut- umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2007.
34. İlhan N, Soydan M, Batmaz M, Özdemir K, Gürak H, Yıldız G. Yaşlılarda Üretken Olmanın Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2007; 15(58) : 48-53.
35. Eliüşük A. Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2008.

- 36.Yıldırım S. Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi; 2007.
- 37.Honestad BR. Nursing intervention to increase hope in cancer patients. Journal of Clinical Nursing 1998; 7(1):19-27.
- 38.Forbes SB Hope: an essential human need in the elderly. J Gerontol Nurs 1994; 20(): 5-10.
- 39.Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Ankara: Hacettepe Yayınları; 2007.
- 40.From E. Umut Devrimi. Yeğın Ş (Çev), 2. İstanbul: Payel Yayınevi; 1995; 21-24.
- 41.Ritchie M A. Self-esteem and hopefulness in adolescents with cancer. Journal of Pediatric Nursing 2001; 16(1): 35–42.
- 42.Sullivan M D. Hope and hopelessness at the end of life. American Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 11(4): 393–405.
- 43.Yılmaz İ. The Determinants of Depression and Anxiety in Turkish Infertility Patients: Social Support, Sex Role Orientation, Infertility Causality, and Self-Esteem. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 2006.
- 44.Alaina B, Jennifer W, Keith A. Infertility. American Family Physician. www.aafp.org/afp 2007;75:(6) 849-856.
- 45.Araoye MO. Epidemiology of Infertile: Social Problems of the Infertile Couples.
 - a. West Afr J Med 2003; 22(2): 190-6.
- 46.Aydos K. Testiküler Sperm Ekstraksiyonu ile Spermatozoa Elde Etmede Mikrocerrahi Yöntem ve Çoklu Biyopsi Alma Yönteminin Karşılaştırılması. Üroloji Bülteni 2001; 12: 181-184.
- 47.Aktürk FS.Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Yayınlanmış Yüksek Lisans. Afyon: Kocatepe Üniversitesi; 2006. GürbüzŞK. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun in Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF_ET) Sonuçlarına Etkisi. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007

48. Gürbüz ŐK. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2007.
49. Çolgar U. İn Vitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transferi. Jinekoloji ve Obstetri Dergisi 1998; 2: 73-81.
50. Healy DL, Trounson AO and Andersen AN. Female infertility, causes and treatment. Lancet 1994; 343(2): 1529-1544.
51. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi İnfertilite - Ek 9-A: Kadında İnfertilite 219-234.
52. Kızılkaya B N, Yavan T, Dikencik K, Akın N, Din A. Ve ark. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı.İçinde: Kızılkaya B N, editör. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını. No.4. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2001.
53. Ekşi B.: Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerine Düşünceleri. Aile ve Toplum Dergisi 2005; 2(8): 75-84.
54. Taşçı KD, Özkan S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İnfertilite Hakkındaki Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (3): 187-192.
55. Saydam B K. Türk toplumlarında infertil kadınların statüsü. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003; 13(1), 30-34
56. Devran A İnfertil Kadınların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar (internette). 2009(13Mart2009).http://dergi.ztb.gov.tr/index.php?option=com_magazine&func=author_articles&authorid=68
57. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 2002; 41(4):229-232.
58. Siva NA. İnfertilitede Stresle Başetme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1991.
59. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. Fertility and Sterility 1980;34(4): 313-320.

60. Mitchehell A, Mittelstaedt E, Wagner, C. A Survey of Nurses Who Practice in Infertility Settings. *Jognn Clinical Research* 2005; 34(5): 561-568.
61. Sherrod, R A.: Understanding the emotional aspects of infertility: Implications for nursing practice. *J. Psychosocial Nursing* 2004; 42(3): 43-47.
62. James CA. The Nursing Role in ART. *Women Health Nursing* 1992; 3(2):328-334.
63. Moore SL. Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005;12(1): 100-105.
64. Bozkurt O. İnfertilite Tedavi Sürecinin Psikiyatrik Etkileri. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2001.
65. Sömek A. İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Yayınlanmış Yüksek lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2008.
66. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring percieved infertility related stres. *Fertil Steril*1999; 72(1): 54-62.
67. Lee TY, Sun GH. Psychosocial Response of Chinese Infertile Husbands and Wives. *Arch Androl* 2000; 54(3):143-148.
68. Dominic U. Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):259-265.
69. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2008.
70. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S ve ark. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 398-404.
71. Stoleru S, Teglas JP, Fermanian J and Spira A. Psychological factors in the aetiology of infertility, a prospective cohort study. *Hum.Reprod* 1993; 8(7): 1039-1046.

72.Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.

10. EKLER

EK-1

Hasta Bilgi Formu

Bu çalışma infertil bireylerin yaşadığı sıkıntıların belirlenmesi ve bu doğrultuda destekleyici programların planlanabilmesi için yapılmaktadır. Aşağıda sizinle ve infertilite tedavinizle ilgili sorular yer almaktadır. Vereceğiniz bilgiler sadece araştırmacı tarafından bilinecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Hemşire Maral Kargın

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Durumunuz : İlkokul ()
Ortaokul ()
Lise ()
Üniversite ()
Diğer()
4. Çalışıyor musunuz : Evet () Hayır ()
5. Mesleğiniz : İşçi ()
Memur ()
Ev kadını ()
Serbest meslek ()
Emekli()
6. Sosyal güvenceniz : Var () Yok ()
7. Gelir Durumunuz : kötü () orta() iyi()
8. Aile tipiniz : çekirdek aile() geniş aile ()
9. Kaç yıldır evlisiniz :
10. Yaşayan Çocuk Sayısı :

11. Ne kadar süredir çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?

12. Gebelik sayısı :

1. yok (13. soruyu atlayınız)
2. 1 gebelik
3. 2 gebelik
4. Diğer

13. Gebelikleriniz nasıl sonuçlandı (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

1. Canlı doğumla
2. Ölü doğumla
3. Düşükle
4. Küretajla

14. İnfertilite nedeni :

1. Kadın faktör
2. Erkek faktör
3. Hem kadın hem erkek faktör
4. Bilinmeyen faktör

15. İnfertil olmanızla ilgili sizin düşündüğünüz bir sebep var mı?

1. Yok
2. Var (açıklayınız)

16. Şuana kadar uygulanan tedavi şekli:

Tedaviler		Sayısı	Yılı	Süresi
Aşılama	Evet Hayır			
Tüp Bebek	Evet Hayır			

17. Şuanda uygulanan tedavi şekli nedir?

18. Yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

1. Mutlu ve şanslı
2. Mutluluğu tam olarak yakalayamamış ama bunun için çabalayan
3. Boşa kürek çeken
4. Diğer (açıklayınız)

19.Çocuk sahibi olmak sizin için ne ifade ediyor?

1. Hayatımın anlamı, mutlu olma
2. Eşimin mutlu olması
3. Ailelerimizin mutlu olması
4. Annelik / babalık duygusunu yaşamak
5. Toplum içinde rahat olmak
6. Diğer(Açıklayınız)

20.İnfertilite tanısı aldıktan sonra eşinizle aranızdaki ilişkide bir değişiklik oldu mu?

1. Evet
 - Eşim bana daha ilgili davranmaya başladı
 - Eşim benden uzaklaştı
 - Eşim beni suçlar gibi davranmaya başladı
 - Eşimin kendini suçlarcasına tavırları oluştu
 - Diğer(açıklayınız)
2. Hayır (açıklayınız)

21.İnfertilitenin hayatınız üzerindeki etkileri neler oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Bu durumu bir olumsuzluk olarak düşünmüyorum
2. Sosyal yaşantımı olumsuz etkiledi
3. Psikolojimi olumsuz etkilediğini düşünüyorum
4. Diğer(Açıklayınız)

22. İnfertil olmakla ilgili duygularınızın aşağıdaki seçeneklerden hangisine daha yakın olduğunu söyleyebilirsiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Kendimi işe yaramaz hissediyorum
2. Kendimi suçlu gibi hissediyorum
3. Bu durumu tek taraflı düşünmüyorum
4. Herkesin başına gelebilir benim başıma geldiği gibi.
5. Diğer

23. İnfertilite tedavisinin size yaşattığı olumsuzluklar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Herhangi bir olumsuzluk yaşamıyorum (25. soruya geçiniz)
2. Çok fazla vaktimi alıyor
3. Planlarımı değiştirmeme sebep oluyor
4. Maddi yönden bizi olumsuz etkiliyor
5. Diğer(Açıklayınız)

24.Tedavide karşılaştığınız bu olumsuzluklar size neyi düşündürüyor?

1. Bu durumun geçici olduğunu
2. Olumsuzlukların devam edeceğini
3. Tedaviyi bırakmak gerektiğini
4. Diğer(Açıklayınız)

25.Kaç kez tedavi olmayı planladınız?

1. Çocuk sahibi olana kadar
2. Doktorumuz kaçı uygun görürse
3. Maddi durumumuza bağlı
4. Birden fazla denemeyi düşünmüyorum
5. Sosyal güvencemin karşıladığı kadar
6. Diğer(Açıklayınız)

26.Aldığınız tedavi sonunda gebelik şansına ilişkin ne düşünüyorsunuz?

1. Bu tedaviden kesin gebelik bekliyorum
2. Doktorumuzun bize söyledikleri oranda gebelik bekliyorum.
3. Doktorumuzun bize söylediklerinden daha düşük oranda gebelik olacağını düşünüyorum
4. Diğer (Açıklayınız)

27.İnfertilite tedavisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Sonunda çocuk sahibi olabileceğimiz bir tedavi şekli
2. Çocuk sahibi olabilme şansımızı biraz arttıran bir tedavi şekli
3. Boşa para ve çaba harcanan bir tedavi şekli
4. Sonu belli olmayan stres yaratan bir süreç
5. Diğer (açıklayınız)

28. Diğer tedavi olan bireylerle karşılaşmak sizi nasıl etkiliyor?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Birkaç tedavi almış hala olumlu sonuç alamamış bireylerle görüşmek beni olumsuz etkiliyor
2. Tedavisi olumlu sonuçlanmış bireylerle görüşmek beni umutlandırıyor.
3. Bizim durumumuzda daha birçok çiftin olduğunu bilmek (görmek) beni rahatlatıyor.
4. Diğer tedavi olan bireylerle görüşmek beni ne olumlu ne de olumsuz etkilemiyor.
5. Diğer(açıklayınız)

29.Bu almış olduğunuz tedavi bittikten sonra kendinizi nasıl hayal ediyorsunuz?

1. Çocuğum ve eşimle mutlu bir yuva
2. Çocuk sahibi olacağına karar vermiş ve mutlu
3. Çocuk sahibi olamamış ve mutlu
4. Hiçbir şey düşünemiyorum
5. Diğer(Açıklayınız)

30.Aldığınız tedavi olumsuz sonuçlanırsa ne planlıyorsunuz?

1. Olumlu sonuçlanana kadar denemeyi düşünürüm
2. Bir kez daha denemeyi düşünürüm
3. Çocuk sahibi olmaktan vazgeçerim
4. Diğer (açıklayınız)

EK-2

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin yanındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

() Evet () Hayır

2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

() Evet () Hayır

3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

() Evet () Hayır

4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

() Evet () Hayır

5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

() Evet () Hayır

6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağıma inanıyorum.

() Evet () Hayır

7. Geleceğimi karanlık görüyorum.

() Evet () Hayır

8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

() Evet () Hayır

9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.

☐ Evet ☐ Hayır

10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.

☐ Evet ☐ Hayır

11.Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.

☐ Evet ☐ Hayır

12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.

☐ Evet ☐ Hayır

13.Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

☐ Evet ☐ Hayır

14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

☐ Evet ☐ Hayır

15.Geleceğe büyük inancım var.

☐ Evet ☐ Hayır

16.Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.

☐ Evet ☐ Hayır

17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

☐ Evet ☐ Hayır

18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

☐ Evet ☐ Hayır

19.Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.

☐ Evet ☐ Hayır

20.İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

☐ Evet ☐ Hayır



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Baştabipliği

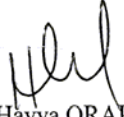


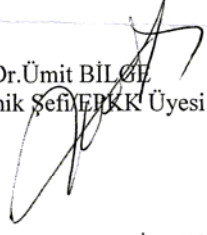
22/05/2008

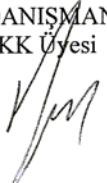
Sayı: 4
Konu:Araştırma

E.P.K. KURULU KARARIDIR

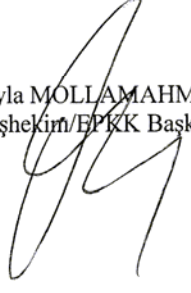
İl Sağlık Müdürlüğü'nün Hastanemiz tarafından 17.04.2008 tarih ve 2516 sayı ile kaydedilen yazıları görüşüldü. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek lisans öğrencisi Maral Kargın'ın "İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi" konulu araştırmanın öncelikle Gazi Üniversitesi Hastanesinde yapılıp sonuçlarının Hastanemiz EPK Kuruluna bildirildikten sonra Hastanemizde yapılması, Hastanemiz EPK Kurulunca uygun bulunmuştur.


Doç.Dr.Havva ORAL
Klinik Şefi/EPKK Üyesi


Op.Dr.Ümit BİLGE
Klinik Şefi/EPKK Üyesi


Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi


Prof.Dr.Öğür DİLMEN
Klinik Şefi/EPKK Üyesi


Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim/EPKK Başkanı



T.C.
Gazi Üniversitesi
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.1.H.00.01
Konu :

/ 689

27/3/2008
ANKARA

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 20.03.2008 tarih ve 481 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Maral KARGIN'ın "İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi" konulu tezini Hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica olunur.

Prof.Dr. Mustafa ŞARE
Başhekim

HEM

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA

Tel : 0 312 202 50 90
Fax : 0 312 223 05 28

Gazi.Form.016.00

1403/00

11. ÖZGEÇMİŞ

1977 Malatya doğumlu olan araştırmacı ilk, orta ve lise eğitimini burada tamamladı. Lise eğitiminde Sağlık Meslek Lisesinin hemşirelik programında okudu. 1999 yılında A.Ü. Cebeci SHMYO'ndan mezun olduktan sonra dikey geçiş sınavı ile lisans tamamlamak için Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik programına yerleşti ve 2004 yılında İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksekokulun'dan birincilikle mezun oldu. 1999 ve 2001 yılları arasında Ankara'da özel bir hastanede yenidoğan yoğun bakım servisinde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2001 –2006 yılları arasında Malatya SSK ve Adıyaman SSK hastanelerinde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2006- 2008 yılları arasında Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalıştıktan sonra 2008 Şubat ayında Eczacıbaşı Sağlık Hizmetlerine geçti. Halen bu kurumda Enteral Beslenme Eğitim Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.