

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TÜRK TOPLUMUNDA DOĞURGANLIK İNANCININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

EYLEM KARAKUŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2020

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRK TOPLUMUNDA DOĞURGANLIK İNANCININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

EYLEM KARAKUŞ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nuran TOSUN

GAZİANTEP

2020



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eylem KARAKUŞ tarafından hazırlanan “**Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi**” başlıklı tez, 08/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nuran TOSUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Simge ZEYNELOĞLU
Gaziantep Üniversitesi SBF

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşe YAYA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm adımında bilgisini, desteğini, emeğini, öneri ve tecrübelerini, hoőgörüsünü, rehberliğini, güvenini ve özellikle sabrını esirgemeyen, Tez Danıőmanım Sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN hocama;

Tez çalıőmamda bana destek olan Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi doktoru Sayın Ali Ovayolu'na;

Yüksek lisansa baőlamama vesile olan bana hem öğretmenlik hem ablalık yapan hiçbir zaman desteğini esirgemeyen çok kıymetli Ar. Gör. Sevgül Dönmez hocama

Hayatımın her döneminde en büyük destekçim olan aileme, tez çalıőmama gönüllü olarak katılan saygıdeğer katılımcılara

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Eylem KARAKUŞ

ÖZET

EYLEM KARAKUŞ, TÜRK TOPLUMUNDA DOĞURGANLIK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ, HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI, GAZİANTEP 2020 Bu çalışma, Türk toplumunda doğurganlık inancının değerlendirilmesi ve “Doğurganlık İnanç Ölçeği”nin (The Fertility Belief Questionnaire) Türk toplumuna uyarlanarak infertil kadınlar üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik bir araştırma olarak yapıldı. Çalışma, Nisan-Kasım 2019 tarihleri arasında, gerekli kurumsal izinler alınarak, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde uygulandı. İnfertilite tanısı almış, iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 150 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Doğurganlık İnanç Ölçeği” ve “İnfertilite Etkilenme Ölçeği” kullanıldı. Veriler, kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşülerek toplandı. Test tekrar test güvenilirliği için 20 kadına 15 gün sonra ölçek tekrar uygulandı. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 24 ve AMOS 22.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Ölçeğin önce dil geçerliği yapıldı. Kapsam geçerliğine yönelik uzman görüşü analizi yapılarak ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi 0,88 olarak bulundu. Doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri yapılarak 2 faktör birleştirildi ve 5 alt boyutlu yapı kabul edildi. Güvenirlik analizlerinde ölçeğin “Sonuçlar”, “Uyum” ve “Olası nedenler” alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,76-0,81 arasında olduğu ve yüksek güvenilirlik gösterdiği görüldü. “Zaman” ve “Kontrol” alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,548 ve 0,593 olarak bulundu. Madde toplam korelasyon değerlerinin tümünün pozitif yönde ve tamamına yakınının $>0,25$ 'den büyük olduğu belirlendi. “Sonuçlar”, “Uyum” ve “Kontrol” alt boyutlarında test tekrar test arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptandı ($p<0,01$). Ekonomik durum, evlenme yaşı, evlilik süresi, infertilite tedavisi sayısının kadınların doğurganlık inancını etkilediği saptandı. Sonuç olarak; Doğurganlık İnancı Ölçeğinin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, infertil kadınlarda doğurganlık inancının değerlendirilmesinde kullanılabileceği değerlendirildi.

Anahtar sözcükler: doğurganlık inancı, infertilite, hemşirelik, ölçek

ABSTRACT

EYLEM KARAKUŞ, EVALUATION OF FERTILITY BELIEF IN TURKISH POPULATION, NURSING MASTER’S DEGREE PROGRAM WITH NURSING THESIS, GAZİANTEP 2020

This study was conducted as a methodological research in order to evaluate the fertility belief in Turkish population and to test the validity and reliability of The Fertility Belief Questionnaire on infertile women by adapting to Turkish population. The research was performed between April and November 2019 in Gaziantep University Şahinbey Research and Training Hospital Obstetrics & Gynecology Department, and Cengiz Gökçek Obstetrics Gynecology and Children’s Hospital by obtaining institutional permissions. The sample of the study consisted of 150 women with infertility that had no communication problems and volunteered to participate in the study. “Descriptive Characteristics Form”, “The Fertility Belief Questionnaire”, and “Infertility Distress Scale” were used for data collection. The statistical analysis of the data obtained from the research was done by using the IBM SPSS Statistics 24 package program and the AMOS 22.00 program. First, the language validity of the scale was performed. Expert opinion analysis was conducted for the content validity and the Content Validity Index of the scale was calculated as 0.88. Confirmatory and exploratory factor analyses were performed and two factors were combined and five subscale structure were accepted. In reliability analysis, Cronbach's alpha values of the “Consequences”, “Coherence” and “Possible causes” subscales were between 0.76-0.81 and showed high reliability Cronbach's alpha values of “Timeline” and “Illness control” subscales were found to be 0.548 and 0.593, respectively. All item total correlation values were positive. Significant positive intercorrelation was found between test-retest in “Consequences”, “Coherence” and “Illness control” subscales ($p < 0.01$). The economic status, age of marriage, duration of marriage, and the number of infertility treatments affected the fertility belief of women. As a result; it was evaluated that The Fertility Belief Questionnaire is a valid and reliable tool for Turkish population and it can be used to evaluate fertility belief in infertile women.

Key words: fertility beliefs, infertility, nursing, questionnaire

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	
TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET	II
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
SEMBOLLER- KISALTMALAR	VII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Çalışmanın amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnfertilite tanımı ve epidemiyolojisi	4
2.2. İnfertilitenin nedenleri	4
2.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi.....	5
2.4. İnfertilite tedavileri	6
2.5. İnfertilitenin Psikososyal Boyutu.....	7
2.6. Doğurganlık İnancı	9
2.7. İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı	10
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	13
3. 1. Araştırmanın Hipotezleri	13
3. 2. Araştırmanın Amacı ve Tipi	13
3. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	13
3. 4. Araştırmanın Örneklemi	13
3. 5. Araştırmanın Etik Yönü.....	13
3. 6. Verilerinin Toplanması	14
3. 7. Doğurganlık İnancı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları	15
3.7.1. Geçerlik Çalışmaları	15
3.7.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	16
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	16
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA.....	31

6.SONUÇ VE ÖNERİLER	36
6.1. Sonuç	36
6.2. Öneriler	36
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
7. KAYNAKLAR	38
8. EKLER	42
EK-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
EK-2 Etik Kurul Kararı	
EK-3 Gaziantep Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	
EK-4 Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni	
EK-5 Doğurganlık İnanç Ölçeği Kullanım İzni	
EK-6 Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu	
EK-7 Tanıtıcı Özellikler Formu	
EK-8 Doğurganlık İnanç Ölçeği (Orijinal Formu- Türkçe Formu- Maddeler Çıkarılmış Formu)	
EK-9 İntihal Raporu	
EK-10 Sorumlu Araştırmacı Özgeçmişi	

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

02.01.2020

Eylem KARAKUŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N=150).....	18
Tablo 4.1.2. Kadınların Gebelik ve İnfertilite Özellikleri (N=150).....	19
Tablo 4.2.1. Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği ve Barlett's Küresel Testleri Sonuçları.....	20
Tablo 4.2.2. Doğurganlık İnanç Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları.....	21
Tablo 4.3.1. Doğurganlık İnanç Ölçeği Madde Toplam Korelasyon Sonuçları.....	24
Tablo 4.3.2. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamaları ve Güvenirlik Katsayıları.....	25
Tablo 4.3.3. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Tekrar Test Ortalamaları ve Güvenirlik Katsayıları.....	26
Tablo 4.3.4. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Test ve Tekrar Test Korelasyonları (n=20).....	27
Tablo 4.4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Gebelik/İnfertilite Özellikleri ile Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=150).....	28
Tablo 4.4.2. Kadınların Doğurganlık Sorununun Olası Nedenlerine Yönelik İnançları (N=150).....	30

SEMBOLLER-KISALTMALAR

FSH: Follikül Stimüle Edici Hormon (Follikül Uyarıcı Hormon)

E2: Estradiol

CCCT: Clomiphene Citrate Challenge Test (Klomifen Sitrat Değişim Test)

LH: Luteinizing Hormon

IVF-ET: İnvitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transferi

GİFT: Gamet İnter Fallopian Transferi

ZİFT: Zigot İnter Fallopian Transferi

CVI: Content Validity Index (Kapsam Geçerlilik İndeksi)

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin (Örnekleme Uygunluk Ölçütü)

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

İnfertilite çocuk isteyen çiftlerin en az bir yıl süreyle korunma yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,4,5). Dünya çapında doğurgan yaştaki çiftlerin yaklaşık %8-12'sinin infertil olduğu ve her yıl 60- 80 milyon çiftin infertilite tanısı aldığı (2,3,6,7,8,9,10), ülkemizde 1.5-2 milyon kişinin infertil olduğu bildirilmektedir (2,6).

İnfertilite hemşireliği; infertil çiftlerin değerlendirilmesi, tedavisi ve erken gebelik süreçlerinde çiftlere bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımla bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanıdır (2,11). İnfertilite hemşireleri, infertil çiftle en sık karşılaşan sağlık profesyoneli olarak multidisipliner ekip içinde önemli bir yere sahiptir (12,13). İnfertilitede tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca tüm aşamalarda hemşirelik bakımının temel amacı; çiftlerin fiziksel ve psikososyal durumlarını değerlendirmek, uygun danışmanlık ve eğitim hizmeti vermektir (11,12,14,15). İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamakla birlikte bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir sorundur. Çocuk sahibi olamayan çiftler sıklıkla üreme fonksiyonunu ve toplumun beklentisi olan aile olma rolünü yerine getirememiş olarak görülmekte, aile ve toplumun değer yargılarının etkisiyle çeşitli psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (15,16,17). Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizi haline gelebilmektedir (16,18,19). Bireylerin infertiliteye tepkileri farklılık gösterse de benzer yönlerin olduğu görülmektedir. Çiftlerin çocuk sahibi olamama durumunda yaşadıkları ortak duygular, hüznün, sosyal izolasyon, ilişkilerde parçalanma, sosyal çevreden desteğin azaldığı hissi, fertilite konularına duyarlılık ve engellenme duygusudur (17,20,21).

Yapılan çalışmalarda, infertil çiftlerde psikolojik belirti ve bulguların, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir(22,23,24). Karaca ve Ünsal çalışmasında (24) infertil kadınlarda benlik saygısı ve yaşam görüşlerinin olumsuz etkilendiği, çocuk sahibi olamamakla ilgili en fazla stres oluşturan durumun ebeveyn olma ihtiyacı olduğu, bulunmuştur. Üner ve ark. çalışmalarında (25), infertil kadınların kendilerini daha fazla yalnız hissettiği, yaklaşık yarısının sosyal ve manevi yönden olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Mahadeen ve ark. çalışmasında (21), kadınlarda daha fazla olmak üzere

çiftlerin %66'sında orta ve şiddetli depresif semptomların görüldüğü ve yaşam doyumlarının düşük olduğu bulunmuştur.

İnanç; doğru olarak bilinen ve davranışları yönlendiren zihinsel yapılar olup biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile şekillenir. Hastalık süreçleri, nedenleri, iyileştirilebilirliği, süresi ve sonuçları da bu yapıdan etkilenir, bireylerin beklentilerini ve sonuç algılarını yönlendirir. İnfertilite de inançlarla sıkı ilişkisi olan bir sağlık sorunudur (26). Birçok kültürde infertilite ile ilgili yanlış inançlar mevcuttur. İnfertilitenin genellikle kadına ait bir problem olarak görülmesi, çoğunlukla fiziksel nedenlere bağlı olmasına rağmen psikolojik nedenlerden kaynaklandığına inanılması, tedavisinin olmadığı veya çok zor olduğunun düşünülmesi bunlara örnek olarak gösterilebilir (27).

İnfertilite ve doğurganlık ile ilgili yanlış inançlar genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklanır (28,29). Bireylerin gebe kalmanın biyolojik yönleri hakkında yetersiz bilgi sahibi oldukları, doğurganlığın en yüksek olduğu yaşlar konusunda bilinçli olmadıkları, doğurganlığı etkileyen risk faktörlerini bilmedikleri, doğurganlık potansiyeli üzerinde etkili olmayan faktörleri önemsedikleri, infertilitenin yaygınlığı hakkında genel bir anlayışa sahip olmadıkları belirtilmektedir. Kültürel inançların tıbbi yardım almayı olumsuz etkilediği ve infertil çiftlerin %25'inin yanlış inanç ve bilgi eksikliğinden dolayı tedaviyi bıraktıklarına dair çalışma sonuçları mevcuttur. Sosyokültürel durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, daha önceki infertilite tedavisi deneyimi gibi faktörler doğurganlık bilgisi ve inancı üzerine etkilidir (29). Wiltshire ve ark. çalışmasında (30) sosyokültürel düzeyi düşük kadınların infertilite ve risk faktörleri hakkındaki yanlış inanç ve tutumlarının fazla olduğunu, olumsuz tedavi deneyimleri yaşayanların yanlış inançlara katılma oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Türkiye'de infertilite konusundaki çalışmaların genellikle psikososyal boyutta yoğunlaştığı görülmektedir. İnfertilitede tanı ve tedavi süreci üzerine önemli etkileri bulunan doğurganlık inancı ve doğurganlık inancını etkileyen faktörler konusunda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca infertilite ve doğurganlık hakkındaki inançları ölçen psikometrik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Geçerli ve güvenilir ölçme araçları ile doğurganlık inancının değerlendirilmesi, infertilite hemşirelerinin bakım, eğitim, danışmanlık ve araştırma rollerine katkı sağlayacaktır.

1.2. Çalışmanın Amacı; Türk toplumunda doğurganlık inancının değerlendirilmesidir. Bu tez çalışması kapsamında, "Doğurganlık İnanç Ölçeği"nin (The Fertility Belief

Questionnaire) Türk toplumuna uyarlanarak infertil kadınlar üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite tanımı ve epidemiyolojisi

İnfertilite çocuk isteyen çiftlerin minimum bir yıl süreyle korunma yöntemi kullanmadan düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. En az bir yıl süreyle korunmasız ilişkiye rağmen gebelik oluşmamasına primer infertilite, daha önce gebelik olduğu halde son bir yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen tekrar gebeliğin oluşmamasına ise sekonder infertilite denir (1,2,3,4,5).

Dünya çapında doğurgan yaştaki çiftlerin yaklaşık %8-12'sinin infertil olduğu ve her yıl 60- 80 milyon çiftin infertilite tanısı aldığı bildirilmektedir. Tüm infertilite türlerinin %55-75'i primer, %25-40'ı sekonder infertilite olarak ortaya çıkmaktadır. Afrika ülkelerinde, orta ve güney Asya'da infertilite oranı %30 civarındayken, Avrupa ülkelerinde %5'lere düşmektedir (2,3,6,7,8,9,10). ABD'de 15-44 yaş arası evli çiftlerin yaklaşık %9'unda (2 milyon çift) infertilite bulunduğu, 2020 yılında bu oranın %10 u geçeceği tahmin edilmektedir. Her yıl yaklaşık 7.4 milyon kadın infertilite kliniklerine başvurmaktadır (31,32,33). Ülkemizde ise 1.5-2 milyon kişinin infertil olduğu düşünülmektedir (2,6).

2.2. İnfertilitenin nedenleri

İnfertilite olgularının yaklaşık %40'ı kadın, %40'ı erkek infertilitesi, %20'lik kısmı ise hem kadın hem erkek ve açıklanamayan infertilite olarak gruplandırılmaktadır (2,3,6). Kadına ait infertilite nedenleri;

- Ovulasyon disfonksiyonu (ovulasyon ve hormonal aktivite ile ilgili problemler)
- Pelvik faktörler (pelvik organların enfeksiyonu, yapısal bozukluklar, polikistik over ve endometriyozis)
- Endokrin bozuklukları (Hipotalamus ve hipofiz bezinin disfonksiyonu, hipotiroidi, hiperprolaktinemi, luteal faz defekti (düşük progesteron)
- Fiziksel bozukluklar (Obezite, anoreksiya nervoza ve aşırı egzersiz gibi faktörler)
- Servikal faktörler (hormonal yetersizlik, servisitisi, servikal mukustaki anti-sperm antikorları) olarak sınıflandırılabilir (1,3,4).

Erkeğe ait infertilite nedenleri; diyabet ve hipertiroidizm gibi endokrin bozukluklar, sperm üretimi, spermin taşınması (seminal veziküllerin obstrüksiyonu veya seminal

kanalların bulunmaması) ile ilgili bozukluklar, inmemiş testis, çocukluktaki testis travmaları, geçirilmiş fitik ameliyatı, hipospadias, epispadias, tifo, sıtma, kabakulak, tüberküloz, sifiliz ve bunlara bağlı testislerin enfeksiyonu, varikosel, erektil disfonksiyon, ejakülasyon bozuklukları ve psikoseksüel problemler sayılabilir (1,4,34,35,36).

İnfertiliteye neden olan ortak faktörler ise şunlardır;

- Kadın ve erkeğin yaşı: Kadın ve erkek için fertilitenin pik yaptığı dönem 20–25 yaşlarıdır. Fertilizasyon kadınlarda 30 yaşından, erkekte ise 35 yaşından önce en yüksek olduğu dönemdir. Bu dönemden sonra fertilitite oranı düşer. Ancak erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar devam eder (1,3,16,37).
- Koitus sıklığı ve zamanlama: Yeterince sık ilişkide bulunmama infertilitenin sık rastlanılan nedenlerindedir. Koitus sıklığı eşlerin yaşıyla ve evliliğin süresi ile ilişkilidir. Gebelik isteyen çiftlerde haftada 4 kez olan koitus gebe kalma şansını artırır, diğer bir yol da ovulasyon beklenen haftada gün aşırı olarak koitus sıklığıdır (1,16).
- Vücut ağırlığı: Aşırı şişmanlık ve zayıflık overlerin fonksiyonlarını etkileyerek hormonal dengenin bozulmasına ve infertiliteye neden olabilir (3,4,38,39).
- Sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu ilaç kullanımı: Sigaradaki kimyasal maddeler (nikotin, siyanür ve karbon monoksit gibi) overler ve testisler üzerinde toksik etkiye sahiptir. Alkol teratojenlerdendir ve embriyo üzerinde toksik etkileri vardır. Kafein uterusu giden kan akımını azaltır ve fertilitite üzerinde olumsuz etkileri vardır. Uyuşturucu maddeler erkekte testesteron düzeyinde düşmeye neden olarak sperm kalitesini azaltmaktadır (3,38,40).
- Psikolojik nedenler: Stres menstrual düzensizliklere ve amenoreye neden olabilir. Stres infertiliteye neden olduğu gibi infertilite de strese olur. Stres, çiftler arasındaki yakınlığı azaltabilir, cinsel davranıştan kaçınabilir, vajinismus veya dispareni gibi problemlere neden olabilir (3,4,39,41).

2.3. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesindeki amaç; neden olan faktörleri belirlemek, prognoz hakkında bilgi vermek, tıbbi inceleme sürecinde danışmalık ve eğitim vermek, değerlendirme sonucunda tedavi seçeneklerini sunmaktır (1,2). İnfertilite değerlendirilmesinde kadın ve erkek aynı süre içerisinde değerlendirmeye alınır. Çiftlerin değerlendirilmesinde ele alınacak konular şunlardır (1,24,42):

- Öykü alma (yukarıda belirtilen infertilite nedenlerine yönelik değerlendirme yapılır)
- Fiziksel değerlendirme/fizik muayene (boy, kilo, beden kitle indeksi, sekonder seks karakterlerinin incelenmesi, pelvik-abdominal muayene, dış ve iç genital organların muayenesi, genel jinekolojik muayene, tiroid muayenesi)
- Tanı testleri (kadınlar için bazal vücut ısısı yöntemi, endometriyal biyopsi, serum progesteron, FSH ve östrodiol (E2) düzeyi, overlerde antral folikül sayısı, antimüllerin hormon düzeyi ve klomifen sitrat değişim (CCCT) testleri, ultrasonografi, histerosalpingografi, histeroskopi, laparoskopi; erkekler için semen analizi, sperm penetrasyon testi, postkoital test, hormon testleri (LH, FSH, prolaktin, total testesteron, tiroid fonksiyon testi), idrar analizleri, ultrasonografi)

2.4. İnfertilite tedavileri

İnfertilite tedavisi nedene, süreye, her iki çiftin yaşına ve kişisel tercihlere göre planlanır. İnfertiliteye neden olduğu düşünülen belli bir anatomik veya fizyolojik sorun varsa ortadan kaldırılmalıdır. İnfertilite nedeni ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide ovulasyon indüksiyonu sağlayan ilaçlar verilir. Uterus ve tüp anomalileri, özel cerrahi tekniklerle tedavi edilebilir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı oluşan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltiler. İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertilite problemi çözülebilmektedir. Geriye kalan %10-15'lik kısım ise farklı yardımcı üreme tekniklerinden faydalanmaktadır (2,16,43).

Yardımcı üreme teknikleri, kendiliğinden gebelik oluşmayan çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (16). Yardımcı üreme teknikleri, intrauterin inseminasyon ve oositin overlerden direkt alındığı yöntemleri içerir. En yaygın kullanılan teknikler; (1,2,4,31,39).

- İntrauterin İnseminasyon: İnfertilite tedavisinde ilk olarak kullanılan bu yöntem, ovulasyon zamanında laboratuvar ortamından geçirilerek hazırlanan spermlerin kateter aracılığıyla direkt uterus içerisine yerleştirilmesi işlemidir. Günümüzde diğer tekniklere göre daha ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle sıklıkla başvurulan yöntemlerden birisidir. Açıklanamayan infertilite, endometriozis ve erkek faktörlü infertilite problemlerinde kullanılabilir.
- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET): Kadında fallop tüplerinin cerrahi olarak düzeltilemediği, endometriyozis, erkek infertilitesi gibi olgularda başvurulan ileri, pahalı ve en yaygın kullanılan yöntemdir. Laparoskopi veya

transvajinal ultrasonografi eşliğinde overlerden oosit aspire edilir. Erkekten alınan spermlemlerle laboratuvar ortamında bir tüp içinde birleştirilerek, fertilizasyonun kendiliğinden olması beklenir. Fertilizasyonu takiben zigot 48–72 saat içinde 4–8 blastomerli morulla aşamasındadırlar. Bu aşamada transservikal kataterle servikal kanaldan geçirilerek içerisindeki embriyolar uterusun fundusuna implante edilmesi işlemine Embriyo Transferi (ET) denir.

- Gamet İnter Fallopiyan Transferi (GİFT): IVF yönteminin daha basit bir şeklidir. Fallop tüplerine gamet transferi yönteminde, kadın ve erkekten alınan ovum ve spermlemler direkt olarak fallop tüplerine yerleştirilerek fertilizasyon oluşması beklenir. Bu yöntem spermlemlerin servikal mukusta veya uterusu yaşayamadığı durumlarda uygulanır. Bu yöntemin avantajı fertilizasyonun laboratuvar ortamında değil normal ortamda oluşmasıdır.
- Zigot İnter Fallopiyan Transferi (ZİFT): IVF ve GİFT yöntemlerinin karışımıdır. Ovum kadın vücudunun dışında fertilize edildikten sonra zigot safhasında fallop tüpüne yerleştirilir ve uterus içindeki implantasyon sürecinin doğal olarak gerçekleşmesi beklenir.

2.5. İnfertilitenin Psikososyal Boyutu

Üreme ve nesli devam ettirme tüm canlıların en önemli ve temel içgüdülerinden biridir. Toplumun geleneksel ve sosyal bir kurumu olan aile, insan neslinin devam ettirmede ve toplumun beklentisine uygun bireylerin yetiştirilmesinde önemli rol üstlenmiştir. Sağlıklı üreme ve doğurganlık fonksiyonu ile bu rol yerine getirilir. İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmasa da bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir sorundur. Çocuk sahibi olamayan çiftler sıklıkla üreme fonksiyonunu ve toplumun beklentisi olan ‘aile olma’ rolünü yerine getirememiş olur. Çocuğun olmadığı evliliklerde, ailenin ve toplumun değer yargılarına göre çeşitli psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (15,16,17).

Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizi haline gelebilmektedir (16,18,19). Bireylerin infertiliteye tepkileri farklılık gösterse de benzer yönlerin olduğu da görülmektedir. Çiftlerin çocuk sahibi olamama durumunda yaşadıkları

ortak duygular, hüznün, sosyal izolasyon, ilişkilerde parçalanma, sosyal çevreden desteğin azaldığı hissi, fertilitite konularına duyarlılık ve engellenme duygusudur (17,20,21).

İnfertilitenin kadın yönünden psikolojik anlamı; doğurganlık işlevini yerine getirememeye, annelik duygusunun karşılanamamasına bağlı psikolojik tatminsizlik, kontrol kaybı, duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kalmak, kendini kadın toplumu dışına itilmiş ve yalnız hissetme (anne, hamile, lohusa, kayınvalide), benlik saygısında azalma ve sosyal güvencenin azlığı (yaşlanınca bakacak kimse olmaması) şeklinde özetlenebilir (17,20,21,37,44). İnfertilitenin erkek yönünden psikolojik anlamı ise; baba olamamaya bağlı psikolojik tatminsizlik, erkeklik işlevinde azalma, neslini devam ettirememeye, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyük-baba), iş hayatında destek eksikliği, yaşlılıkta sosyal güvence azlığı ve yalnız kalmadır (17,37).

İnfertilite tanısı ile karşı karşıya kalan çiftler beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlamaktadır. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmakta ve kronik hastalık/terminal dönem yas evleri ile benzerlik göstermektedir. İlk evre şok evresi olup, çiftler şaşkınlık ve inanamama duyguları yaşarlar. Şok evresini yadsıma yani inkar evresi takip eder. Çiftleri bekleyen başka bir evre kızgınlık ve anksiyetedir. Bireyler eşi tarafından terk edilme endişesi, dışiliğinde veya erkekliğinde azalma duygusuyla özgüven kaybı yaşayabilirler. Bir sonraki evre öfke evresidir. İnfertil çiftler haksızlığa uğradığını düşünür ve 'Neden biz?' sorusuna cevap ararken, kendinin ve eşinin cezalandırıldığını düşünerek çevresine karşı öfke ve düşmanlık duygusu oluşmaya başlar. Kontrol kaybı evresinde de çiftler cinsel hayatlarının ayrıntılarıyla sorgulanması ve girişimsel işlemler nedeniyle özel hayatlarının ihlal edildiğini düşünürler. İnfertil çiftlerin yaşayabileceği diğer evre ise suçluluk evresidir. Bu evrede infertil olan eş diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğunu düşünerek kendini suçlayabilir. Bu evreden sonra depresyon yaşanabilir. Çiftler yavaş yavaş çözülme evresine girer. İnkârın yerini gerçekler alır. Artık normal yollarla çocukları olamayacağını kabul eder ve tedavi alternatiflerini ararlar. Çiftler infertiliteyle baş ederken yaşadıkları fiziksel ve psikolojik değişimlerin farkına varmalarını sağlayacak bir danışmana ihtiyaç duyarlar. Tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık yapılması noktasında hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır (16,17,20,37).

Yapılan çalışmalarda, infertil çiftlerde psikolojik belirti ve bulguların, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (22,23,24). Karaca ve Ünsal çalışmasında (24) infertil kadınlarda benlik saygısı ve yaşam görüşlerinin olumsuz etkilendiği, çocuk sahibi

olamamakla ilgili en fazla stres oluşturan durumun ebeveyn olma ihtiyacı olduğu, kadınların büyük bir çoğunluğunun (%72) infertilite problemini çevresi ile paylaştığı, çevresi ile paylaşmayan kadınların daha fazla sosyal sorunları olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve Kavak çalışmalarında(44) infertil kadınlarda stigmanın depresyon üzerinde negatif etkileri olduğu, kırsal bölgede yaşayan ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda daha fazla görüldüğü ortaya konulmuştur. Üner ve ark. çalışmalarında (25), infertil kadınların kendilerini daha fazla yalnız hissettiği, kadınların yaklaşık yarısının sosyal ve manevi yönden olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Mahadeen ve ark. çalışmasında (21), kadınlarda daha fazla olmak üzere çiftlerin %66'sında orta ve şiddetli depresif semptomların görüldüğü, psikolojik stres seviyelerinin yüksek ve yaşam doyumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Dyer ve Patel'in sistematik analiz çalışmasında (45) geleneksel yaklaşımlar ve negatif ayrımcılık sebebiyle infertil kadınların olumsuz etkilendiği, ekonomik sorunların yanı sıra boşanmaya kadar gidebilen sosyal sorunlar yaşadıkları ortaya konulmuştur.

2.6. Doğurganlık İnanç

İnanç; doğru olarak bilinen ve davranışları yönlendiren zihinsel yapılar olup biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile şekillenir. Hastalık süreçleri, nedenleri, iyileştirilebilirliği, süresi ve sonuçları da bu yapıdan etkilenir, bireylerin beklentilerini ve sonuç algılarını yönlendirir. İnfertilite de inançlarla sıkı ilişkisi olan bir sağlık sorunudur (26).

Birçok kültürde infertilite ile ilgili yanlış inançlar mevcuttur. İnfertilitenin genellikle kadına ait bir problem olarak görülmesi, çoğunlukla fiziksel nedenlere bağlı olmasına rağmen psikolojik nedenlerden kaynaklandığına inanılması, tedavisinin olmadığı veya çok zor olduğunun düşünülmesi bunlara örnek olarak gösterilebilir (27).

İnfertilite ile ilgili yanlış inançlar genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklanır (28,29). Bireylerin gebe kalmanın biyolojik yönleri hakkında yetersiz bilgi sahibi oldukları, doğurganlığın en yüksek olduğu yaşlar konusunda bilinçli olmadıkları, doğurganlığı etkileyen risk faktörlerini bilmedikleri, doğurganlık potansiyeli üzerinde etkili olmayan faktörleri önemsedikleri, infertilitenin yaygınlığı hakkında genel bir anlayışa sahip olmadıkları belirtilmektedir. Kültürel inançların tıbbi yardım almayı olumsuz etkilediği ve infertil çiftlerin %25'inin yanlış inanç ve bilgi eksikliğinden dolayı tedaviyi bıraktıklarına

dair çalışma sonuçları mevcuttur. Sosyokültürel durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, daha önceki infertilite tedavisi deneyimi gibi faktörler doğurganlık bilgisi ve inancı üzerine etkilidir. Örneğin; kadınların doğurganlık ile ilgili doğrudan deneyim yaşamaları nedeniyle erkeklerden daha fazla bilgi sahibi oldukları, infertilite tedavileri öncesinde verilen bilgi ve eğitimlerin çiftlerin yanlış inançlarını düzelttiği ve tedaviye katılımı arttırdığı, eğitim düzeyi arttıkça yanlış inançların azaldığı, gelişmiş ülkelerde bireylerin doğurganlık problemlerini genellikle biyomedikal faktörlere bağlarken gelişmemiş ülkelerde kadercilik ve doğaüstü nedenlere atfettikleri belirtilmektedir (29).

Wiltshire ve ark. çalışmasında (30) sosyokültürel düzeyi düşük kadınların infertilite ve risk faktörleri hakkındaki yanlış inanç ve tutumlarının fazla olduğunu, olumsuz tedavi deneyimleri yaşayanların yanlış inançlara katılma oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bokai ve ark. (28) çalışmalarında kültürel, dini, etnik inançların infertil kadınlarda seksüel davranışları etkilediğini ortaya koymuşlardır.

Türkiye’de infertilite konusundaki çalışmaların genellikle psikososyal boyutta yoğunlaştığı görülmektedir. İnfertilitede tanı ve tedavi süreci üzerine önemli etkileri bulunan doğurganlık inancı ve doğurganlık inancını etkileyen faktörler konusunda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca infertilite ve doğurganlık hakkındaki inançları ölçen psikometrik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Geçerli ve güvenilir ölçme araçları ile doğurganlık inancının değerlendirilmesi, infertilite hemşirelerinin bakım, eğitim, danışmanlık ve araştırma rollerine katkı sağlayacaktır.

2. 7. İnfertilite ve hemşirelik yaklaşımı

İnfertilite hemşireliği; infertil çiftlerin değerlendirilmesi, tedavisi ve erken gebelik süreçlerinde çiftlere bütüncül ve kanıta dayalı yaklaşımla bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanıdır (2,11). İnfertilite hemşireleri, infertil çiftle en sık karşılaşan sağlık profesyoneli olarak, tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde multidisipliner ekip içinde önemli bir yere sahiptir (12,13).

İnfertil çiftlere tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca tüm aşamalarda hemşirelik bakımının temel amacı; çiftlerin fiziksel ve psikososyal durumlarını değerlendirmek, problemlerini belirleyerek uygun danışmanlık ve eğitim hizmeti vermektir. Bu hizmetleri yerine getirirken klinik uygulayıcı, hasta eğitimi, danışman, koordinatör, araştırmacı, yönetici ve hasta hakları savunucusu rollerini uygular (11,12,14,15).

Hemşirelerin tıbbi bakımdaki rolleri (11,31,46);

- Holistik yaklaşımla infertil çifti değerlendirme (kapsamlı öykü alma, fiziksel değerlendirme, laboratuvar kayıtlarını inceleme, muayene ve tanı işlemlerine hazırlık)
- Tedavi planına katılma (tedavi protokollerini bilme, ilaç uygulamaları ve ilaçların doğru şekilde kullanılması konusunda eğitim verme, ekibin ve işlemlerin koordinasyonu)
- Yardımcı üreme tekniklerinin uygulanma aşamalarında yardımcı olma (tedavi işlemleri için çiftin hazırlığı, emosyonel destek, işlem öncesi-sırası-sonrası bakım ve izlem, olası komplikasyonların takibi, tüm bilgileri ekip üyeleri ile paylaşma)

Hemşirenin eğitici ve danışman rolleri (2,12,16);

- İnfertil çiftlerin yaşadıkları duruma karşı tepkilerini değerlendirme
- Tanı ve tedavi süreçlerinde stres kaynaklarını değerlendirme ve anksiyetelerini azaltma
- Tedavi seçenekleri hakkında bilgi verme ve gerçekçi beklentilere yönlendirme
- İnfertil çiftin karar alma süreçlerine katılımını sağlama ve sorularını yanıtlama
- Motivasyonlarını ve özgüvenlerini sürdürmek için başarılı oldukları konulara odaklanmalarını sağlama
- Çiftin eğitiminde görsel-işitsel teknikler, broşürler, kitapçıklar kullanma, destek kuruluşlarına ve grup terapilerine yönlendirme

İnfertilite hemşiresi araştırmacı rolü kapsamında; alanı ile ilgili güncel yayınları ve gelişmeleri takip eder, araştırma yapar ve sonuçlarını uygulamaya aktarır. Hemşirenin araştırmacı rollerini uygulaması infertil çiftlerin bakım kalitesini arttırmasının yanı sıra infertilite hemşireliğinin bilgi birikimini arttırır ve uzmanlık alanı olarak özgünleştirir (12,47,48).

İnfertilite hemşiresi koordinatör ve yönetici rolleri kapsamında; ekip içinde ve ekiple infertil çift arasında koordinasyonu sağlar ve hekim, laborant ve embriyolog ile uyum içinde çalışır. Yönetici hemşire hem ekip arkadaşlarının eğitiminden, hem de bu eğitimin devamlılığından ve bakım standartlarının sürekliliği ve kalitesinden sorumludur (12,49).

İnfertilite hemşiresi bu rollerini yerine getirirken birey merkezli bakım yaklaşımını kullanmalıdır. İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi süreçlerine uyumunu arttırmada bireyin özgünlüğüne, kişisel tercihlerine ve değerlerine saygı duymak önemlidir. İletişim kanalları her zaman açık olmalıdır. Bireyler fizyolojik boyutun yanında psikososyal yönden de ele alınmalıdır (12,19).

İnfertilite hemşiresi bireylerin sosyokültürel özellikleri ve infertilite ve doğurganlığa yönelik inançlarının tedavi süreçlerine uyumu etkilediğinin bilincinde olmalıdır. Doğurganlıkla ilgili yanlış inançların genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklandığı göz önüne alındığında infertilite hemşiresinin eğitim ve danışmanlık rolleri daha fazla önem kazanmaktadır. Hemşirenin geçerli ve güvenilir ölçme araçları ile doğurganlık inancını değerlendirmesi, infertilite hemşirelerinin bakım, eğitim, danışmanlık ve araştırma rollerine katkı sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Hipotezleri

H0= Doğurganlık İnanç Ölçeği Türk Toplumunu için geçerli ve güvenilir değildir.

H1= Doğurganlık İnanç Ölçeği Türk Toplumunu için geçerli ve güvenilirdir.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışması, “Doğurganlık İnanç Ölçeği”ni Türk toplumuna uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik bir araştırma olarak yapıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Nisan-Kasım 2019 tarihleri arasında, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde uygulandı.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde, bir yıl içinde infertilite tedavisi için başvuran tüm kadınlar araştırmanın evrenini oluşturdu. Çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında infertilite tanısı alan, iletişim sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 150 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın uygulanma süresi içinde çalışmadan ayrılan kadın olmadı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan (Etik Kurul No: 2019/31), Gaziantep Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden (İzin/Sayı No: 2019/26) ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Başkanlığından tez çalışmasının yapılmasına ilişkin yazılı izin alındı (EK-2, EK-3 ve EK-4). Araştırmanın uygulanacağı kiniklere çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ve gönüllü olan kadınlara araştırmanın amacı, nasıl uygulanacağı, bilgilerinin gizli tutulacağı ve başka bir araştırmada kullanılmayacağı konularında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı.

“Doğurganlık İnanç Ölçeği”ni geliştiren Sayın Florence Naab’dan ölçeğin bu tez çalışmasında kullanılabilmesi için e-mail yoluyla yazılı izin alındı (EK-5).

3.6. Verilerinin Toplanması

Veriler, hastalar araştırma hakkında bilgilendirilerek onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek toplandı. Hastalarla görüşme süresi her bir hasta için yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Veri toplama araçları olarak; araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK-7), “Doğurganlık İnanç Ölçeği” (EK-8) kullanıldı.

- **Tanıtıcı Özellikler Formu:** Hastanın sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bilgilerini içeren iki bölümden oluşmaktadır. Formun sosyodemografik özellikler bölümü; hastanın doğum tarihi, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, yaşadığı yer, evlilik yaşı, evlilik şekli ve aile tipini sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır. Tıbbi özellikler bölümü; önceki gebeliklerini, gebeliğinin nasıl oluştuğunu, nasıl sonuçlandığını, çocuk sayısını, infertilite hakkındaki bilgisini, tedavi süresi, kaç defa tedavi aldığını ve başka hastalığını sorgulayan sekiz sorudan oluşmaktadır.

- **Doğurganlık İnanç Ölçeği (The Fertility Belief Questionnaire):** 2017 yılında Naab ve ark. (50) tarafından infertilitede doğurganlık inancını ölçmek için oluşturulmuştur. Ölçek altı alt boyuttan oluşmaktadır: “Zaman” 3 (1-3. maddeler), “Sonuçlar” 11 (4-14. maddeler), “Hastalık uyumu” 5 (15-19. maddeler), “Kişisel kontrol” 5 (20-24. maddeler), “Tedavi kontrolü” 6 (25-30. maddeler) ve “Olası nedenler” 27 (1-27. maddeler) maddeden oluşmuştur. Ölçek “Kesinlikle Katılıyorum-5” ve “Kesinlikle Katılmıyorum-0” arasında 6’lı likert tipi ölçek olarak geliştirilmiştir. Farklı olarak “olası nedenler” alt boyutu “Evet”, “Emin değilim/Bilmiyorum” “Hayır” olarak 3’lü likert şeklindedir. Buna göre; zaman alt boyutu puanı 0-15, sonuçlar alt boyutu puanı 0-55, hastalık uyumu alt boyutu puanı 0-25, kişisel kontrol alt boyutu puanı 0-25, tedavi kontrolü alt boyutu puanı 0-30 arasında değişmektedir. Orijinal ölçek için sonuçlar, hastalık uyumu ve kişisel kontrol alt gruplarının güvenilirlik katsayıları 0,71-0,80 arasında; zaman ve tedavi kontrolü alt ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları 0,70’in altında bulunmuştur. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır.

3.7. Doğurganlık İnanç Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

3.7.1. Geçerlik Çalışmaları

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru ölçebilme derecesidir (51,52). Bu tez çalışmasında geçerlik çalışmaları olarak aşağıdaki yöntemler uygulandı:

- **Dil geçerliği:** Ölçeğin dil geçerliğine yönelik olarak Florance Naab'dan izin alınmasını müteakip, Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi tarafından orijinal İngilizce ölçek Türkçeye tercüme edildi. Yapılan çeviriler, araştırmacı ve danışmanı tarafından değerlendirilerek tek bir ölçek metni oluşturuldu. Metnin içerik geçerliği yapıldıktan sonra Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümünden bir başka öğretim üyesi ve Demiroğlu Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyesi tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. Bu çeviri için de tek bir metin oluşturuldu.

- **İçerik (Kapsam) geçerliği:** Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin yapısını değiştirir. Bu değişim, kavram ve anlatım farklılıklarından kaynaklanır. Farklılıkları minimuma indirmek için ölçek maddelerinin dikkatle incelenmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması önemlidir. İçerik geçerliği, alanında uzman kişilerin görüşü alınarak veya paralel/benzer araçlar kullanılarak istatistiksel olarak yapılabilir. Kapsam geçerliliğinde ölçeğin en az üç en fazla 20 kişiden oluşan bir uzman grubunun görüşüne sunulması, uzmanların bağımsız olarak değerlendirme yapmaları ve görüş bildirmeleri önerilmektedir. Uzmanlardan gelen görüşler arasındaki uyum yüzdesi ile Kapsam Geçerlilik İndeksi (Content Validity Index-CVI) hesaplanır (51,53,54,55). Bu çalışmada, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Öğretim Üyelerinden oluşan yedi uzmanın görüşü alınarak kapsam geçerliği değerlendirildi. Ölçeğin her bir maddesini "1- Uygun değil", "2- Biraz uygun / ifadenin revizyonu gerekir", "3- Oldukça uygun ancak ufak düzeltmeler gerekli", "4- Çok uygun" şeklinde değerlendirmeleri ve görüşlerini bildirmeleri istendi. Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanların analizine göre ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (CVI)=0,88 olarak bulundu.

- **Yapı Geçerliği (Faktör Analizi):** Ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne kadar doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Yapı geçerliği faktör analizi, iç tutarlılık analizi, benzer ölçek geçerliliği,

hipotez sınaması yoluyla, çok değişkenli-çok yöntemli matrix ile değerlendirilebilir (51,52,56). Bu araştırmada yapı geçerliği faktör analizi yoluyla yapılmıştır. Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulamayı olarak iki şekilde yapılabilmektedir. Bu araştırmada hem açıklayıcı hem de doğrulamayı faktör analizi kullanılmıştır.

3.7.2. Güvenirlik alışmaları

Bir ölçüm aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün göstergesidir. Aynı koşullar altında tekrarlanan ölçümlerde benzer sonuçlar ortaya koymasını beklenir. Benzer sonuçların alınmamasını güvenirliliğin düşük olduğunu gösterir. Güvenirlik; test-tekrar test, paralel formlar yöntemi, puanlama tutarlılığı ve iç tutarlılık katsayıları ile hesaplanabilir (51,56,57). Bu çalışmada test-tekrar test ve iç tutarlılık yöntemleri kullanıldı.

- **Test Tekrar Test Güvenirliliği:** Bir ölçme aracının, aynı örnekleme, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki ölçüm arasında grubun hatırlamasını engelleyecek kadar uzun ve önemli değişikliklerin olmayacağı kadar yakın bir zaman seçilerek uygulanmalıdır. Pearson momentler çarpımı korelasyonu ya da Spearman sıralama korelasyonu kullanılabilir (51,54,56). Bu çalışmada tekrar test 20 kadına iki hafta sonra uygulandı. Spearman korelasyon analizi ve ön test-son test arasında zamana göre değişmezlik için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (T-testi) kullandı.

- **İç Tutarlılık:** Ölçeğin maddelerinin kendi içindeki homojenitesini ve yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğini gösterir. İç tutarlılık ölçme yöntemleri olarak yarıya bölme yöntemi, Kuder-Richardson güvenirlilik katsayıları, Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı yöntemleriyle hesaplanır (51,52,56). Bu alışmada Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı hesaplandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS paket programını (IBM SPSS Statistics 24) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterildi. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanıldı.

Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi için Cronbach alfa katsayıları, test toplam test korelasyonları hesaplandı. Ayrıca doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri uygulandı. Univariate ve açıklayıcı faktör analizlerinde SPSS 24.0windows paket programı, doğrulayıcı faktör analizi içinse AMOS 22.0 paket programı kullanıldı. P değerinin 0,05 den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE GEBELİK/İNFERTİLİTE ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (N=150)

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Yaş 30,72 ± 6,73 (min=18, max=46)	18-25	30	22,0
	26-35	80	53,3
	36 ve üzeri	37	24,7
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	8	5,3
	Okur yazar/ ilköğretim	42	28,0
	Ortaöğretim	57	38,0
	Yükseköğretim	43	28,7
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	116	77,3
	Çalışıyor	34	22,7
Ekonomik Durum	Gelir giderden düşük	36	24,0
	Gelir gidere eşit/fazla	114	76,0
Sosyal Güvence	Var	128	85,3
	Yok	22	14,7
Yaşadığı Yer	İl	111	74,0
	İlçe/belde/köy	39	26,0
Evlilik Yaşı (yıl) 23,98 ± 6,01 (min=15, max=39)	18 ve altı	31	20,7
	18 üzeri	119	79,3
Evlilik Yılı 6,3± 4,62 (min=0, max=21)	5 yıl ve altı	88	58,6
	6-10 yıl	31	20,7
	10 yıl ve üzeri	31	20,7
Evllenme Şekli	Görücü usulü/istemedi	13	8,7
	Görücü usulü/isteyerek.	69	46,0
	Tanışarak/anlaşarak	68	45,3
Aile Tipi	Çekirdek aile	122	81,3
	Geniş aile	28	18,7

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri verildi. Kadınların yaş ortalaması 30.72 ± 6.73 olup %53.3’ü 26-35 yaş aralığındadır. Yarısından fazlası ortaöğretim ve üzeri eğitim düzeyinde, %77.3’ü çalışmamakta, %76’sının geliri

giderine eşit veya fazla, %85.3'ünün sosyal güvencesi mevcut ve %74'ü il merkezinde yaşamaktaydı. Kadınların evlilik yaşı ortalaması $23,98 \pm 6,01$ ve evlilik yılı ortalaması $6,3 \pm 4,62$ olarak bulundu. Tamamına yakını isteyerek ve anlaşarak evlendiğini belirtmiş olup çoğunluğu (%81.3) çekirdek aile yapısına sahipti.

Tablo 4.1.2. Kadınların Gebelik ve İnfertilite Özellikleri (N=150)

Gebelik ve İnfertilite Özellikleri		Sayı	%
Gebelik Öyküsü	Var	73	48,7
	Yok	77	51,3
*Gebe Kalma Şekli (n=73)	Kendiliğinden	41	56,2
	Tedavi ile	32	43,8
Önceki Gebeliğin Sonucu	Düşük	21	28,8
	Canlı doğum	52	71,2
Çocuk Sayısı	Yok	97	64,7
	1	39	26,0
	2	14	9,3
İnfertilite Konusunda Bilgi Alma Durumu	Evet	106	70,7
	Hayır	44	29,3
İnfertilite Tedavisi Alma Sayısı $2,18 \pm 1,95$ (min=0, max=10)	0	28	18,7
	1	44	29,3
	2	23	15,3
	3 ve üzeri	55	36,7
Diğer Hastalıkları	Var	18	12,0
	Yok	132	88,0

* Gebelik öyküsü olan 73 kadına göre yüzde alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik ve infertilite özellikleri Tablo4.1.2'de verildi. Kadınların %48.7'sinin gebelik öyküsü bulunmakta olup bunların %43.8'i tedavi ile oluşan gebeliklerdi. Yine bu gebeliklerin %71.2'sinin canlı doğum ile sonuçlandığı görüldü. Kadınların %64.7'sinin çocuğu yoktu. Çoğunluğu (%70,7) infertilite konusunda bilgi aldığını ifade etti. Kadınların infertilite tedavisi alma sayısı ortalaması $2,18 \pm 1,95$ olup %36.7'sinin 3 veya daha fazla sayıda tedavi belirlendi. Çoğunluğunun (%88.0) başka bir hastalığı bulunmamaktaydı.

4.2. DOĞURGANLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK ÇALIŞMASINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.2.1. Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği ve Barlett's Küresel Testleri

Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği		0.7
Barlett's Küresel Testleri	Ki-kare	1330,460
	Df	325
	P	0,000

Çalışmada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnekleme yeterliliği 0,7 olarak bulundu. Barlett's Küresellik Testi Ki-Kare 1330,460 ($p < 0.000$) bulundu.

Doğurganlık İnanç Ölçeği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Faktör yükleri 1'in üzerinde olan 8 faktör bulunmuş olup örneklemin %65'lik varyansını açıkladığı görüldü. Faktör sayısı orijinal ölçeğe benzer şekilde 4 faktörle sınırlandırılarak faktör analizi yapıldığında örneklemin %46'lık varyansını açıkladığı görüldü.

“Olası nedenler” alt boyutu 3'lü likert şeklinde olması, puanlamasının olmaması ve orijinal ölçekte de ayrı analiz edilmesi nedeniyle örnekleme yeterliliği ayrı olarak hesaplandı. Bu alt boyutun Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliği 0,74 ve Barlett's Küresellik Testi Ki-Kare 983.14 ($p < 0.001$) bulundu.

Orijinal ölçekteki 2, 6, 18 ve 19. maddeler ölçeğin güvenirlik katsayısını düşürdüğü için çıkarılması uygun görüldü ve faktör analizinde bu maddeler dahil edilmedi.

Tablo 4.2.2. Doğurganlık İnanç Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
13. Doğurganlık sorunum nedeniyle çevremdeki insanlarla etkileşime girmekte zorlanıyorum	,843	,134	,126					
12. Doğurganlık sorunum nedeniyle başkalarının çocuklarıyla etkileşime girmiyorum	,764		,116	,100			- ,203	- ,171
14. Doğurganlık sorunum, eşimin ailesiyle problem yaşamama neden oluyor	,724			,119	,112			
10. Doğurganlık sorunum nedeniyle boşanabilirim	,666			,165			- ,138	
11. Doğurganlık sorunum bana eksik olduğumu hissettiriyor	,626	,243	,369			- ,107		,228
9. Doğurganlık sorunum yakınlarım için zorluklara neden oluyor	,477	,432				,268	,354	
4. Doğurganlık sorunum ciddi bir durum		,788						
5. Doğurganlık sorunumun hayatım üzerinde önemli sonuçları var	,219	,723		- ,101	- ,111	,161	,114	
8. Doğurganlık sorunumun ciddi maddi sonuçları var		,619	,207		,128	- ,125		- ,286
17. Doğurganlık sorunumu anlamıyorum	,171		,784	,171	,105			- ,246
16. Doğurganlık sorunu yaşamam beni şaşırtıyor	,143	,300	,755			,135	- ,116	,207
15. Doğurganlık sorunum kafamı karıştırıyor	,366	,466	,518		,147		,106	
7. Doğurganlık sorunum diğer insanların bana bakış açılarını çok etkiler	,402	,270	,412		- ,282	,176	,156	
24. Yaptıklarımın doğurganlık sorunumun çözümüne etkisi olmayacak	,205			,758				
23. Yaptığım hiçbir şey doğurganlık sorunumu etkilemeyecek			,361	,710				
30. Doğurganlık sorunuma yardımcı olacak hiçbir şey yok	,184	,106	- ,261	,701	- ,137		- ,164	- ,113
28. Doğurganlık sorunumu çözmek için yapılabilecek çok az şey var		,277		,504		- ,253	- ,342	,231
21. Yaptığım şeyler doğurganlık sorunumun daha iyiye ya da kötüye gideceğini belirleyebilir					,754			,188

20. Doğurganlık sorunumu çözmek için yapabileceğim birçok şey var					,724	,212	,120	,134
29. Hastanede uygulanan tedavi doğurganlık sorunumu iyileştirmede etkili olacak				- ,108	,527	,297	,393	- ,194
27. Doğurganlık sorunumu çözmek için bitkisel ürünler ve hastanede aldığım tedavi ile dua etmeyi (ibadeti) birleştiriyorum		,164	,151		,381	,692		- ,153
26. Dua etmeyi (ibadeti) doğurganlık sorunumu çözmek / iyileştirmek için bir araç olarak kullanıyorum	- ,204		,386		,105	,684	- ,195	
25. Bitkisel ürünleri kullanmak doğurganlık sorunumu tedavi edebilir			- ,265			,646		,378
1. Doğurganlık sorunum kısa sürede çözümlenecek					,174	- ,138	,790	,220
3. Doğurganlık sorunum zamanla düzelecek	- ,178	,220					,692	- ,150
22. Doğurganlık sorunumun sonucu bana bağlıdır		- ,101		,118	,323	,103		,777

Tablo 4.2.2’de faktör analizi sonuçları verildi. Faktör 1 içinde madde 13, 12, 14, 10, 11, 9 ve faktör 2 içinde madde 4, 5, 8 yer aldı. Orijinal ölçekte bu maddelerin tümü “Sonuçlar” alt boyutu içinde yer almaktadır. Bu maddelerin içeriklerine bakıldığında doğurganlık sorunun sonuçları üzerinde yoğunlaştığı için faktör 1 ve 2’nin birleştirilmesi, orijinal ölçekte olduğu gibi tek bir boyut olarak aynı başlıkla ele alınması gerektiği uygun görüldü. Ayrıca madde 7 faktör 3’e yüklenmekle birlikte, içerik ve faktör yükü dikkate alındığında faktör 1’e dahil edilmesi ve orijinal ölçekte olduğu gibi “Sonuçlar” alt boyutunda kalması uygun görüldü.

Madde 17, 16 ve 15 orijinal ölçeğe benzer şekilde tek bir faktörde toplandı (Faktör 3). Ölçeğin aslına bağlı kalınarak “Hastalık uyumu” alt boyutu olarak isimlendirildi.

Faktör 4 içinde madde 24, 23, 30, 28; faktör 5 içinde madde 21, 20, 29 ve faktör 6 içinde madde 27, 26, 25 yer aldı. Ölçekte madde 20-24 “Kişisel kontrol” alt boyutunda, madde 25-30 “Tedavi kontrolü” alt boyutunda yer almaktadır. Bu iki alt boyutta yer alan tüm maddelerin faktör dağılımı ve içerik uygunluğu bakımından tek bir faktörde ele alınması ve “Hastalık kontrolü” olarak yeniden isimlendirilmesi uygun görüldü. Madde 22 faktör 8 içinde tek olarak yer aldı. Tek maddenin bir boyutu açıklamada yetersiz kalacağı

düşünülerek, orijinal ölçeğe benzer şekilde “Hastalık kontrolü” alt boyutunda yer alması uygun görüldü.

Madde 1 ve 3 orijinal ölçeğe benzer şekilde tek bir faktörde toplandı (Faktör 7). Ölçeğin aslına bağlı kalınarak “Zaman” alt boyutu olarak isimlendirildi.

Orijinal ölçekteki “Olası nedenler” faktörü orijinal ölçekteki benzer şekilde tek bir faktör olarak kabul edildi ve faktör 5 olarak eklenmiştir.



4.3. DOĞURGANLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.3.1. Doğurganlık İnanç Ölçeği Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

Maddeler	Madde çıktığında ölçek ortalaması	Madde çıktığında ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonu	Madde çıktığında ölçek Cronbach alfa değeri
DIÖ1 Zaman	3,8133	2,260	,389	
DIÖ3 Zaman	4,1733	1,366	,389	
DIÖ4 Sonuçlar	16,9267	108,297	,381	,810
DIÖ5 Sonuçlar	16,9467	105,017	,476	,799
DIÖ7 Sonuçlar	17,8267	102,265	,518	,795
DIÖ8 Sonuçlar	16,4467	109,886	,317	,817
DIÖ9 Sonuçlar	17,9733	100,080	,566	,789
DIÖ10 Sonuçlar	19,5000	114,735	,403	,807
DIÖ11 Sonuçlar	17,9067	98,085	,603	,784
DIÖ12 Sonuçlar	18,6533	102,134	,543	,792
DIÖ13 Sonuçlar	18,7800	98,898	,668	,778
DIÖ14 Sonuçlar	18,6200	105,432	,481	,799
DIÖ15 Hastalık uyumu	5,4533	11,243	,596	,677
DIÖ16 Hastalık uyumu	5,3333	10,438	,644	,621
DIÖ17 Hastalık uyumu	5,4667	11,754	,541	,737
DIÖ20 Hastalık kontrolü	24,9333	64,345	,279	,568
DIÖ21 Hastalık kontrolü	25,3667	62,583	,281	,565
DIÖ22 Hastalık kontrolü	26,7267	58,025	,337	,550
DIÖ23 Hastalık kontrolü	27,2733	60,764	,282	,564
DIÖ24 Hastalık kontrolü	27,6467	60,284	,333	,553
DIÖ25 Hastalık kontrolü	26,7467	62,016	,246	,573
DIÖ26 Hastalık kontrolü	25,7733	59,613	,332	,552
DIÖ27 Hastalık kontrolü	25,3400	59,528	,391	,540
DIÖ28 Hastalık kontrolü	27,1400	65,705	,111	,605
DIÖ29 Hastalık kontrolü	24,9600	66,737	,156	,590
DIÖ30 Hastalık kontrolü	28,0933	67,159	,107	,601
Olası nedenler 1	9,5533	47,792	,088	,802
Olası nedenler 2	10,2067	44,756	,320	,794
Olası nedenler 3	10,4267	46,300	,247	,797
Olası nedenler 4	10,0533	45,138	,262	,797
Olası nedenler 5	9,9867	44,322	,307	,795
Olası nedenler 6	10,0533	43,702	,385	,790
Olası nedenler 7	9,9933	43,899	,376	,791
Olası nedenler 8	9,7600	44,855	,328	,793
Olası nedenler 9	9,7667	46,690	,123	,805
Olası nedenler 10	10,4933	46,077	,418	,791
Olası nedenler 11	10,4267	46,193	,317	,794
Olası nedenler 12	10,5400	46,411	,407	,792
Olası nedenler 13	10,5133	45,231	,510	,788
Olası nedenler 14	10,5200	45,889	,424	,791
Olası nedenler 15	10,6000	47,007	,453	,794
Olası nedenler 16	10,2800	45,290	,307	,794
Olası nedenler 17	10,3067	44,952	,336	,793

Olası nedenler 18	10,4867	46,064	,345	,793
Olası nedenler 19	10,4400	45,134	,482	,788
Olası nedenler 20	10,3333	44,828	,381	,791
Olası nedenler 21	10,2800	45,693	,258	,797
Olası nedenler 22	10,1733	44,735	,331	,793
Olası nedenler 23	10,4333	44,435	,538	,785
Olası nedenler 24	9,9600	45,649	,258	,797
Olası nedenler 25	10,2867	45,078	,365	,791
Olası nedenler 26	10,4467	45,940	,364	,792
Olası nedenler 27	10,3200	45,669	,287	,795

Tablo 4.3.1’de Doğurganlık İnanç Ölçeği’nin madde toplam korelasyon ve Cronbach Alfa değerleri verildi. Madde toplam korelasyon değerlerinin tümünün pozitif yönde ve tamamına yakınının $>0,25$ ’den büyük olduğu belirlendi. Bu değer in altında olan maddeler çıkarıldığında ölçeğin Cronbach Alfa değerinin etkilenmediği görüldü ve ölçekten çıkarılmadı.

Tablo 4.3.2. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalamaları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçeğin Alt Boyutları	n	Madde sayısı	Ortalama	ss	Min	Max	Cronbach Alfa
Zaman	150	2 (1-3)	7,98	2,23	0	10	0,548
Sonuçlar	150	10 (4-14)	19,95	11,24	0	48	0,814
Hastalık uyumu	150	2 (15-19)	8,12	4,73	0	15	0,762
Hastalık kontrolü	150	11 (20-30)	29,00	8,52	0	51	0,593
Olası nedenler	150	27 (1-27)	10,840	7,25	0	56	0,800

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ = güvenilir değil

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ = düşük güvenilirlik

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ = oldukça güvenilir

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ = yüksek derecede güvenilir

Tablo 4.3.2’de örneklem grubunda yer alan kadınların Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, her alt boyuttaki en düşük-en yüksek değerler ve Cronbach Alfa değerleri verildi. Ölçeğin “Sonuçlar”, “Hastalık uyumu” ve “Olası nedenler” alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri 0,76-0,81 arasında olduğu görüldü. “Zaman” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0,548 ve 0,593 olarak

bulundu. Ölçeğin genel puanı olmamakla birlikte bu çalışma için genel ölçek Cronbach Alfa değeri hesaplandı ve 0,803 olarak bulundu.

Bu çalışmanın sonucuna göre; zaman alt boyutu puanı 0-10, sonuçlar alt boyutu puanı 0-50, hastalık uyumu alt boyutu puanı 0-15, kontrol alt boyutu puanı 0-55 arasında değişmektedir. Zaman alt boyutu puanının artışı doğurganlık sorunu ile ilgili olumlu inancı, diğer alt boyutların puan artışı doğurganlık sorunu ile ilgili olumsuz inancı göstermektedir.

Tablo 4.3.3. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Tekrar Test Ortalamaları ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçeğin Alt Boyutları	n	Madde sayısı	Ortalama	ss	Min	Max	Cronbach Alfa
Zaman	20	2 (1-3)	7,95	2,62	3	10	0,580
Sonuçlar	20	10 (4-14)	15,00	7,95	2	32	0,718
Hastalık uyumu	20	2 (15-19)	8,15	4,49	0	15	0,727
Hastalık kontrolü	20	11 (20-30)	27,30	5,34	18	42	0,508
Olası nedenler	20	27 (1-27)	7,75	3,52	2	14	0,398

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ = güvenilir değil

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ = düşük güvenilirlik

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ = oldukça güvenilir

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ = yüksek derecede güvenilir

Tablo 4.3.3’de tekrar test grubunun Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve Cronbach Alfa değerleri verildi. Ölçeğin “Sonuçlar” ve “Hastalık uyumu” alt boyutları tekrar test Cronbach Alfa değerlerinin sırasıyla 0,718 ve 0,727 olduğu ve yüksek güvenilirlik gösterdiği görüldü. “Zaman”, “Hastalık kontrolü” ve “Olası nedenler” alt boyutları tekrar test Cronbach Alfa değerlerinin 0,39-0,58 arasında olduğu bulundu.

Tablo 4.3.4. Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutlarının Test ve Tekrar Test Korelasyonları (n=20)

Ölçeğin Alt Boyutları		Zaman (tekrar test)	Sonuçlar (tekrar test)	Hastalık uyumu (tekrar test)	Hastalık kontrolü (tekrar test)	Olası nedenler (tekrar test)
Zaman (test)	r	0,282	-0,031	-0,135	-0,219	-,258
	p	0,228	0,897	0,571	0,354	,272
Sonuçlar (test)	r	,224	0,894**	,687**	,241	,040
	p	,342	0,001	,001	,306	,866
Hastalık uyumu (test)	r	-,095	,618**	0,850**	,014	-,165
	p	,691	,004	0,001	,953	,487
Hastalık kontrolü (test)	r	,197	,277	,183	0,780**	,220
	p	,405	,237	,441	0,001	,350
Olası nedenler (test)	r	-,199	-,396	-,165	-,400	0,041
	p	,400	,084	,486	,080	0,864

*0,05 düzeyinde anlamlı; ** 0,01 düzeyinde anlamlı, r: Spearman rank korelasyon katsayısı (r değeri 0.2-0.4 arası ise zayıf, 0.4-0.6 arası ise orta şiddette korelasyon)

Tablo 4.3.4’de Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutlarının test ve tekrar test korelasyon sonuçları verildi. “Zaman” alt boyutunda test ile tekrar test arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (r=0,282, P=0,228). “Sonuçlar” alt boyutunda test ile tekrar test arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptandı (r=0,894, P=0,001). “Hastalık uyumu” alt boyutunda test ile tekrar test arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptandı (r=0,850, P=0,001). “Hastalık kontrolü” alt boyutunda test ile tekrar test arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptandı (r=0,780, P=0,001). “Olası nedenler” alt boyutunda test ve tekrar test arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (r=0,041, P=0,864). İnfertilite Etkilenme Ölçeği ile sadece “Sonuçlar” alt boyutu tekrar test arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptandı (r=0,522, P=0,018).

4.4. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE GEBELİK/İNFERTİLİTE ÖZELLİKLERİ İLE DOĞURGANLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Gebelik/İnfertilite Özellikleri ile Doğurganlık İnanç Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Özellikler	Ölçek Alt Boyutları					
	Zaman		Sonuçlar		Hastalık uyumu	
	Ort ± ss	Test p	Ort ± ss	Test p	Ort ± ss	Test p
Ekonomik Durum						
Gelir giderden düşük	7,80±2,40	Z=-,474 p=0,635	24,61±12,87	Z=-2,660 p=0,008	9,25±3,86	Z=-1,560 p=0,119
Gelir gidere eşit/fazla	8,04±2,18		17,80±9,66		7,79±4,93	
Sağlık Güvencesi						
Var	8,09±2,21	Z=-1,774 p=0,076	19,50±11,11	Z=-1,446 p=0,148	7,71±4,81	Z=-2,523 p=0,012
Yok	7,36±2,27		22,59±11,84		10,54±3,44	
Evlilik Yaşı						
18 ve altı	8,22±1,92	Z=-0,436 p=0,663	24,70±10,38	Z=-2,845 p=0,001	9,38±3,49	Z=-1,438 p=0,150
18 üzeri	7,92±2,31		18,71±11,16		7,79±4,96	
Evlilik Yılı						
5 yıl ve altı	8,43±1,89	$\chi^2=7,129$ p=0,028	18,43±10,17	$\chi^2=4,021$ p=0,134	8,12±4,69	$\chi^2=0,387$ p=0,824
6-10 yıl	7,58±2,14		21,70±10,57		8,51±4,65	
10 yıl ve üzeri	7,12±2,88		18,43±10,17		7,74±5,03	
Evlilik Şekli						
Görücü/istemeden	7,84±2,37	$\chi^2=3,134$ p=0,209	26,07±10,78	$\chi^2=7,083$ p=0,029	10,30±3,44	$\chi^2=6,451$ p=0,040
Görücü/isteyerek	7,63±2,43		20,91±11,98		8,71±4,61	
Tanışarak/anlaşarak	8,36±1,95		17,80±10,07		7,11±4,87	
İnfertilite Tedavisi Alma Sayısı						
Hiç	8,39±1,74	$\chi^2=7,659$ p=0,022	19,64±9,79	$\chi^2=12,075$ p=0,002	8,32±4,89	$\chi^2=3,314$ p=0,346
1	8,13±2,36		17,02±10,41		7,68±5,15	
2	6,86±2,15		16,34±10,99		6,86±4,65	
3 ve üzeri	6,72±3,15		17,01±9,66		8,90±4,28	

Z=Mann-Whitney U test, χ^2 =Kruskal-Wallis test

Kadınların sosyodemografik ve gebelik/infertilite özellikleri ile Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı ve sadece istatistiksel olarak anlamlı olan sonuçlar Tablo 4.4.1’de gösterildi. Ekonomik durumu kötü olan kadınların “Sonuçlar” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (24,61±12,87) ve doğurganlık sorununun sonuçlarıyla ilgili daha fazla olumsuz inanca sahip olduğu görüldü. Sağlık güvencesi olmayan kadınların “Hastalık uyumu” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (10,54±3,44) ve doğurganlık sorununa uyumda daha fazla güçlük yaşadığı bulundu.

Evlenme yaşı 18 ve altı olan kadınların “Sonuçlar” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($24,70 \pm 10,38$) ve doğurganlık sorununun sonuçlarıyla ilgili daha fazla olumsuz inanca sahip olduğu görüldü. Evlilik süresi 6 yıl ve üzeri olan kadınların “Zaman” alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve doğurganlık sorununun süresi hakkında daha olumsuz inançlara sahip olduğu saptandı. Eşi ile tanışarak/anlaşarak evlenen kadınların “Sonuçlar” ve “Hastalık uyumu” alt boyutları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve doğurganlık sorununun sonuçlarıyla ilgili daha az olumsuz inanca ve daha az uyum güçlüğüne sahip olduğu görüldü. Kadınların infertilite tedavisi alma sayısı arttıkça “Zaman” alt boyutu puan ortalamalarının azaldığı ve doğurganlık sorununun süresi hakkında daha olumsuz inançlara sahip olduğu saptandı. Hiç infertilite tedavisi almayan kadınların “Sonuçlar” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($19,64 \pm 9,79$) ve doğurganlık sorununun sonuçlarıyla ilgili daha fazla olumsuz inanca sahip olduğu görüldü.

Kadınların diğer sosyodemografik ve gebelik/infertilite özellikleri ile Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 4.4.2. Kadınların Doğurganlık Sorununun Olası Nedenlerine Yönelik İnançları (N=150)

Olası nedenler	Evet %	Emin değilim/ Bilmiyorum %	Hayır %
Stres	74,0	17,3	8,7
Kalıtsal - ailemden geliyor	8,7	17,3	74,0
Bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar	2,7	9,3	88,0
Kötü şans	17,3	20,7	62,0
Önceki yanlış tedavi uygulamaları	12,0	26,7	61,3
Hayat hakkında olumsuz düşünmek	13,3	22,7	64,0
Aile sorunları hakkında endişelenmek	20,7	22,0	57,3
Üzölmek, yalnızlık, endişe gibi duygusal durumlar	44,0	22,0	34,0
Yaşın ilerlemesi	35,3	26,0	38,7
Alkol kullanmak	9,3	2,7	88,0
Sigara içmek	12,0	4,7	83,3
Kaza veya yaralanma	4,7	2,7	92,7
Geçmişteki cinsel davranışlar	2,0	5,3	92,7
Büyü	2,7	4,7	92,7
Kocanın başlık parası ödememesi	1,3	1,3	97,3
Doğum kontrol hapları kullanmak	10,7	12,7	76,7
Allah'tan gelen bir ceza	5,3	14,0	80,7
Atalarımızdan bir ceza	3,3	6,0	90,7
Kocanın doktora gitmeyi reddetmesi	10,7	4,7	84,7
Aşırı kilo	8,0	11,3	80,7
Çok zayıf olmak	9,3	13,3	77,3
Kötü beslenme	14,7	16,0	69,3
Yüksek tansiyon	7,3	6,7	86,0
Düzensiz adetler	38,7	14,7	46,7
Tiroid sorunları	16,7	9,3	74,0
Diyabet (şeker hastalığı)	10,0	4,7	85,3
Kocanın infertil olması	10,7	10,7	78,7

Tablo 4.4.2'de kadınların doğurganlık sorununun olası nedenlerine yönelik inançlarının dağılımı verildi. Kadınların en fazla stres, üzüntü/yalnızlık/endişe gibi duygusal durumlar, düzensiz adetler ve yaşın ilerlemesini doğurganlık sorununun nedenleri olarak gördükleri saptandı.

5. TARTIŞMA

Türk toplumunda doğurganlık inancının değerlendirilmesi ve Naab ve ark. (50) tarafından geliştirilen “Doğurganlık İnanç Ölçeği”nin Türk toplumuna uyarlanarak infertil kadınlar üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik bir çalışma olarak yapılan bu araştırmadan elde edilen verileri bu bölümde bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışıldı.

Çalışmanın örnekleme 150 kadın dahil edilmiştir. Naab ve ark. (50) tarafından geliştirilen orijinal ölçek altı alt ölçekten oluşmaktadır. İlk beş alt ölçek 30 maddeden oluşmakta olup 6’lı likert tipinde ve 0-5 puan aralığındadır. “Olası nedenler” alt ölçeği ise 3’lü likert şeklinde olması ve orijinal ölçekte de ayrı analiz edilmesi nedeniyle örneklem yeterliliği ayrı olarak hesaplandı. Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği testi için alt sınırın 0,5 olması gerektiği, bu değer altında faktör analizi yapılamayacağı belirtilmektedir. $0,80 < KMO \leq 0,70$ olması orta düzey örneklem büyüklüğünü göstermektedir. Ayrıca Barlett testinin ise 0.05 den küçük olması beklenir (51,52,56). Bu çalışmada KMO örneklem yeterliliği 0,7 ve Barlett’s testi $< 0,001$ olması yeterli örneklem sayısına ulaşıldığını göstermektedir. “Olası nedenler” alt boyutu da benzer şekilde KMO örneklem yeterliliği 0,74 ve Barlett’s testi $< 0,001$ bulundu (Tablo 4.2.1).

Ölçeğin kapsam geçerliği Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Öğretim Üyelerinden oluşan yedi uzmanın görüşü alınarak yapıldı. Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanların analizine göre ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (CVI)=0,88 olarak bulundu. Bu değer 0,80’den büyük olması kabul edilebilir bir düzey anlamına gelmektedir (51,52,56).

Bu çalışmada Doğurganlık İnanç Ölçeğinin faktör analizinde, faktör yükleri 1’in üzerinde olan 8 faktör bulunmuş olup örneklemin %65’lik varyansını açıkladığı görüldü. Faktör sayısı orijinal ölçeğe benzer şekilde 4 faktörle sınırlandırılarak faktör analizi yapıldığında örneklemin %46’lık varyansını açıkladığı görüldü. Literatürde varyansın %40-60 arası olmasının kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (51,52,56). Bu çalışmada 4 faktörlü yapı kabul edildi.

Literatürde Doğurganlık İnanç Ölçeği kullanılarak yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla faktör analizi orijinal ölçek sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Orijinal ölçek altı alt ölçekten oluşmaktadır: zaman (1-3), sonuçlar (4-14), hastalık uyumu (15-19), kişisel kontrol

(20-24), tedavi kontrolü (25-30) ve olası nedenler (1-27). Naab ve ark. çalışmasında (50) faktör yüklenmeleri 0.12-0,93 arasında farklılıklar gösterdiğini, madde 3 (sonuçlar) ve madde 6 (tedavi kontrolü) bu yüklenmeler arasında olmadığı halde faktörlerden çıkarmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada orijinal ölçekteki 2 (Doğurganlık sorunumun kalıcı olması muhtemel), 6 (Doğurganlık sorunumun hayatım üzerinde fazla bir etkisi yok), 18 (Doğurganlık sorunum bana hiçbir şey ifade etmiyor) ve 19 (Doğurganlık sorunum hakkında net bir görüş veya anlayışa sahibim) maddeler ölçeğin güvenirlik katsayısını düşürdüğü için çıkarılması uygun görüldü ve faktör analizinde bu maddeler dahil edilmedi. Sonuç olarak faktör yüklenmelerinin 0.40-0.84 arasında olduğu görüldü. Faktör 1 içinde madde 13, 12, 14, 10, 11, 9 ve faktör 2 içinde madde 4, 5, 8 yer aldı. Orijinal ölçekte bu maddelerin tümü “Sonuçlar” alt boyutu içinde yer almaktaydı. Bu maddelerin içeriklerine bakıldığında doğurganlık sorunun sonuçları üzerinde yoğunlaştığı için faktör 1 ve 2’nin birleştirilmesi, orijinal ölçekte olduğu gibi tek bir boyut olarak aynı başlıkla ele alınması gerektiği uygun görüldü. Ayrıca madde 7 faktör 3’e yüklenmekle birlikte, içerik ve faktör yükü dikkate alındığında faktör 1’e dahil edilmesi ve orijinal ölçekte olduğu gibi “Sonuçlar” alt boyutunda kalması uygun görüldü. Madde 17, 16 ve 15 orijinal ölçekte benzer şekilde tek bir faktörde toplandı. Ölçeğin aslına bağlı kalınarak “Hastalık uyumu” alt boyutu olarak isimlendirildi. Faktör 4 içinde madde 24, 23, 30, 28; faktör 5 içinde madde 21, 20, 29 ve faktör 6 içinde madde 27, 26, 25 yer aldı. Ölçekte madde 20-24 “Kişisel kontrol” alt boyutunda, madde 25-30 “Tedavi kontrolü” alt boyutunda yer almaktadır. Bu iki alt boyutta yer alan tüm maddelerin faktör dağılımı ve içerik uygunluğu bakımından tek bir faktörde ele alınması ve “Hastalık kontrolü” olarak yeniden isimlendirilmesi uygun görüldü. Madde 22 faktör 8 içinde tek olarak yer aldı. Tek maddenin bir boyutu açıklamada yetersiz kalacağı düşünüldükçe, orijinal ölçekte benzer şekilde “Hastalık kontrolü” alt boyutunda yer alması uygun görüldü. Madde 1 ve 3 orijinal ölçekte benzer şekilde tek bir faktörde toplandı. Ölçeğin aslına bağlı kalınarak “Zaman” alt boyutu olarak isimlendirildi (Tablo 4.2.2). Orijinal ölçekteki “Olası nedenler” faktörü orijinal ölçekteki benzer şekilde tek bir faktör olarak kabul edildi ve faktör 5 olarak kabul edildi.

Bu çalışmada güvenirlik analizi kapsamında, madde toplam korelasyon değerlerinin 0,08-0,66 arasında, tümünün pozitif yönde ve yedi madde hariç 0,25’den büyük olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1). Bu değerlerin altında olan maddeler çıkarıldığında ölçeğin Cronbach Alfa değerinin etkilenmediği görüldü ve ölçekten çıkarılmadı. Naab ve ark. çalışmasında (50) orijinal ölçekte madde toplam korelasyon değerleri 0.19-0.62 arasında ve pozitif yönde

bulunmuştur. Yalnızca faktör 2 (sonuçlar) ve faktör 4 (kişisel kontrol) arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak önemli bulunmadığını ($p>0.05$), yine de maddelerin çıkarılmadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmadaki korelasyon sonuçları ile orijinal ölçek korelasyon değerleri benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada ölçeğin “Sonuçlar”, “Hastalık uyumu” ve “Olası nedenler” alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri 0,76-0,81 arasında olduğu ve yüksek güvenilirlik gösterdiği görüldü. “Zaman” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri sırasıyla 0,548 ve 0,593 olarak bulundu (Tablo 4.3.2). Naab ve ark. çalışmasında (50) “Sonuçlar, “Hastalık uyumu” ve “Kişisel kontrol” alt boyutları güvenilirlik bakımından 0,71 ve 0,80 arasında değişkenlik gösterirken, “Zaman” ve “Tedavi kontrolü” alt boyutları güvenilirlik bakımından 0,70 altında bulunmuştur. Bu çalışmada güvenilirlik katsayısı en düşük olan “Zaman” alt boyutudur. Benzer şekilde Naab ve ark. çalışmasında da “Zaman” alt boyutunun güvenilirlik katsayısı düşük bulunmuştur. Bu sonucu, doğurganlık sorununun kalıcı olması olasılığına (madde 2) verilen yanıtların değişkenliğine ve bu durumun kadınlar tarafından kabul edilmek istenmemesine bağlamışlardır. Bu çalışmada da madde 2 güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için ölçekten çıkarılmıştır. Bir diğer benzer sonuç da “Kontrol” alt boyutunun her iki çalışmada da düşük güvenilirlik katsayısına sahip çıkmasıdır. Naab ve ark.(50) bu sonucu kadınların doğurganlık sorununun tedavi edilebilirliğine olan inançları ile ilişkilendirmiştir. Literatürde Doğurganlık İnanç Ölçeği kullanılarak yapılmış bir başka çalışmaya rastlanmamıştır.

Tekrar test güvenilirlik katsayılarına bakıldığında, ölçeğin “Sonuçlar” ve “Hastalık uyumu” alt boyutlarının yüksek güvenilirlik gösterdiği, buna karşın “Zaman” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarının ön test değerlerine benzer şekilde düşük olduğu bulundu (0,58 ve 0,50) (Tablo 4.3.3). Ayrıca “Zaman” ve “Olası nedenler” alt boyutlarında test ile tekrar test arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 4.3.4). Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir (51,52,56). Gerek ön test gerekse tekrar testte “Zaman” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarının düşük çıkması, nispeten sınırlı olan örneklem sayısı ile ilişkilendirilebilir. “Olası nedenler” alt boyutunun test ve tekrar test değerleri arasındaki büyük fark ise madde sayısının çok olmasına ve tekrar test örneklem grubunun yetersiz kalmasına bağlanabilir.

Doğurganlık İnanç Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin sonuçlarına göre geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, infertil kadınlarda doğurganlık inancının

değerlendirilmesinde kullanılabileceği değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, ölçeğin daha büyük örneklem grupları ve çok merkezli çalışmalarda kullanılması ve geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada kadınların sosyodemografik ve gebelik/infertilite özellikleri ile Doğurganlık İnanç Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı (Tablo 4.4.1). Ekonomik durumu kötü olan kadınların “Sonuçlar” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, doğurganlık sorununu daha ciddi bir sorun olarak gördükleri, eşleri, akrabaları ve çevresindeki insanlarla daha fazla sorun yaşadıkları ve maddi sonuçlardan daha fazla etkilendikleri görüldü. Bunting ve ark. çalışmalarında (29) eğitim düzeyi yüksek olan kadınların ekonomik durumlarının daha iyi olduğunu, infertilite ve infertilite tedavisi ile ilgili daha olumlu inanışlara sahip olduğunu saptanmıştır. Wiltshire ve ark. çalışmasında (30) ekonomik özgürlüğü olan kadınların infertilite tedavisine yönelik inanç ve tutumlarının daha pozitif olduğunu ortaya koymuşlardır. Karaca ve Ünsal’ın çalışmasında (24) gelir durumu düşük olan kadınların infertilite ile ilişkili stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üner ve Sunal’ın çalışmasında (25), gelir durumu düşük olan kadınların infertilite tedavisi sırasında algıladıkları aile desteğinin de düşük olduğu belirtilmiştir. Ekonomik durumla bağlantılı bir sonuç olarak, bu çalışmada sağlık güvencesi olmayan kadınların “Hastalık uyumu” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, doğurganlık sorununa uyumda daha fazla güçlük yaşadığı bulundu. İnfertilite tedavisinin getirdiği ekonomik yükün özellikle sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu düşük olan kadınların doğurganlıkla ilgili inançlarını etkilediği söylenebilir.

Evlilik süresi 6 yıl ve üzeri olan kadınların “Zaman” alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük olduğu, “Doğurganlık sorunum kısa sürecek” ve “Doğurganlık sorunum zamanla iyileşecek” maddelerine daha az oranda katıldıkları saptandı. Kadınların yaşı arttıkça fertilitate konusundaki bilgilerinin de arttığını, bununla birlikte tedaviye karşı olumlu inançlarının azaldığını ortaya koyan çalışma sonuçları mevcuttur (29,30). Bu çalışmada ayrıca kadınların infertilite tedavisi alma sayısı arttıkça doğurganlık sorununun süresi hakkında daha olumsuz inançlara sahip olduğu saptandı. Bunting ve ark. (29) çalışmasında da benzer bir sonuç olarak 12 aydan daha uzun süredir gebe kalmaya çalışan kadınlarda tedaviye yönelik olumsuz inançların daha fazla olduğu bulunmuştur. Karaca ve Ünsal çalışmasında (24) infertilite süresi arttıkça kadınların infertilite ile ilişkili stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Eşi ile tanışarak/anlaşarak evlenen kadınların “Sonuçlar” ve “Hastalık uyumu” alt boyutları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve doğurganlık sorununun sonuçlarıyla ilgili daha az olumsuz inanca ve daha az uyum gücüne sahip oldukları görüldü. Benzer bir sonucu ortaya koyan çalışma bulgusuna rastlanmamakla birlikte Karaca ve Ünsal’ın çalışmasında (24) eşinin eğitim düzeyi yüksek olan ve infertilite sorunu eşi ve çevresi ile paylaşan kadınların infertilite ile ilişkili stres düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada kadınların çoğunluğu doğurganlık sorununun nedenleri olarak stres (%74.0), üzüntü/yalnızlık/endişe gibi duygusal durumlar (%44.0), düzensiz adetler (38.7) ve yaşın ilerlemesini (%35.3) belirttiler (Tablo 4.4.2). Bu sonuç, kadınların doğurganlık sorununun nedenleri olarak öncelikle psikolojik faktörlere inandıklarını göstermektedir. Bununla birlikte kadınların üçte biri biyolojik ve hormonal faktörlerin etkili olduğuna da inanmaktadır. Ölçekte yer alan kadercilik ve doğaüstü nedenlere kadınların çoğunluğunun katılmaması olumlu olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Türk toplumunda doğurganlık inancının değerlendirilmesi ve “Doğurganlık İnanç Ölçeği”nin (The Fertility Belief Questionnaire) Türk toplumuna uyarlanarak infertil kadınlar üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan bu tez çalışmasında şu sonuçlar elde edilmiştir:

Doğurganlık İnanç Ölçeği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Faktör sayısı orijinal ölçeğe benzer şekilde 4 faktörle sınırlandırılarak faktör analizi yapıldığında örneklemin %46’lık varyansını açıkladığı görüldü. “Olası nedenler” alt boyutu 3’lü likert şeklinde olması, puanlamasının olmaması ve orijinal ölçekte de ayrı analiz edilmesi nedeniyle tek bir faktör olarak değerlendirildi. Sonuç olarak ölçek için beş alt boyutlu yapı kabul edildi. Güvenirlik analizlerinde ölçeğin “Sonuçlar”, “Hastalık uyumu” ve “Olası nedenler” alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,76-0,81 arasında olduğu ve yüksek güvenirlik gösterdiği görüldü. “Zaman” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,548 ve 0,593 olarak bulundu. Madde toplam korelasyon değerlerinin tümünün pozitif yönde ve tamamına yakınının $>0,25$ ’den büyük olduğu belirlendi. Ölçeğin “Sonuçlar” ve “Hastalık uyumu” alt boyutları tekrar test Cronbach Alfa değerlerinin sırasıyla 0,718 ve 0,727 olduğu ve yüksek güvenirlik gösterdiği görüldü. “Zaman”, “Hastalık kontrolü” ve “Olası nedenler” alt boyutları tekrar test Cronbach Alfa değerlerinin 0,39-0,58 arasında olduğu bulundu. Ölçeğin “Sonuçlar”, “Hastalık uyumu” ve “Hastalık kontrolü” alt boyutlarında test tekrar test arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptandı ($p<0,01$). “Zaman” ve “Olası nedenler” alt boyutunda test ile tekrar test arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). Ekonomik durum, sağlık güvencesi, evlenme yaşı, evlilik süresi, infertilite tedavisi sayısının kadınların doğurganlık inancını etkilediği saptandı. Sonuç olarak; Doğurganlık İnancı Ölçeğinin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, infertil kadınlarda doğurganlık inancının değerlendirilmesinde kullanılabileceği değerlendirildi.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- İnfertilitede tanı ve tedavi süreci üzerine önemli etkileri bulunan doğurganlık inancı ve doğurganlık inancını etkileyen faktörlerin Doğurganlık İnanç Ölçeği ile

değerlendirilebileceği, böylece infertilite hemşirelerinin bakım, eğitim, danışmanlık ve araştırma rollerine katkı sağlayacağı,

- Doğurganlık İnanç Ölçeğinin daha büyük örneklem grupları ve çok merkezli çalışmalarda kullanılması ve geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi,
- Hemşirenin infertil çiftleri değerlendirirken doğurganlık inancını etkilediği belirlenen sosyodemografik ve tıbbi durumların farkında olması, özellikle ekonomik durumu düşük, sağlık güvencesi olmayan, evlenme yaşı küçük, evlilik süresi uzun ve infertilite tedavisi almayan kadınları daha dikkatli değerlendirmeleri önerilmektedir.

6.3. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde ve sınırlı bir örneklem grubuyla yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Yeterli sayıda infertil kadına ulaşmada sınırlılıklar yaşanmıştır. Kadınlarla özel bir odada görüşme imkanının olmaması ve yanlarında yakınları/eşleri bulunan kadınların ölçek maddelerini yanıtlamada güçlük yaşamaları diğer sınırlılıklardır.

7. KAYNAKLAR

1. Terzioğlu F. (2014). İnefertilite ve yardımcı üreme teknikleri. Taşkın L.(Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 547-566.
2. Hotun Şahin N, Bilgiç D. (2016). İnefertilite. Kızılkaya Beji N.(Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 141-145.
3. Deyhoul N., Mohamaddoost T., Hosseini M. (2017). Infertility-related risk factors: A systematic review. *International Journal Women's Health and Reprod Sciences*. 5(1): 24-29.
4. Anwar S., Anwar A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Scient Open Access Journal: Women's Health & Gynecology*. 2(6):1-5.
5. Polis C. B., Cox C. M., Tunçalp Ö., McLain A. C., Thoma M. E. (2017). Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an application of a current duration approach to demographic and health survey data. *Human Reproduction*. 32(5): 1064-1074.
6. Pinar, G., Zeyneloğlu, H.B.(2012). Quality of life, anxiety and depression in Turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International Journal of Fertility and Strerility*. 6(1): 1-12.
7. Morreale M., Balon R., Tancer M., Diamond, M. (2010). The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 37(1): 56-69.
8. Vayena E.(Ed.), Rowe P.(Ed.), Griffin P.D.(Ed.) (2002). current practices and controversies in assisted reproduction. *World Health Organization*: 3-22.
9. Vander Borgh M., Wyns C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*. 62: 2-10.
10. Inhorn M. C., Patrizio P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*. 21(4): 411-426.
11. Güngör İ., Kızılkaya Beji N. (2015). İnefertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.23(2): 152-159.
12. Partovi Meran H. E., Kızılkaya Beji N. (2016). İnefertilite hemşireliğinin tarihçesi. *Androloji Bülteni* 18: 60-64.
13. Dinçer Y., Şanlı, Y., Kızılkaya Beji N. İnefertilite hemşireliğinde kanıta dayalı yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*. 17(63): 289-295.
14. Statement A.P., (2014). Infertility treatment as a covered health insurance benefit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 43: 264-265.
15. Tural G. N., Çelik A. S. (2019). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 6(1): 91-104.
16. Kırca N., Pasinlioğlu T. (2013). İnefertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 5:162-178.

17. Yanikkerem E., Kavlak O., Sevil Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(4): 112-121.
18. Aşçı Ö., Kızılkaya Beji N. (2012). İnfertilite danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 20: 154-159.
19. Boz İ., Akgün M. (2019). İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 16(2):170-175.
20. Karaca A., Ünsal G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3: 80-85.
21. Mahadeen A., Mansour A., Al Halabi J., Al Habashneh S., Bani Kenana A. (2018). Psychosocial wellbeing of infertile couples in Jordan. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 24(2): 169-176.
22. Lee TY, Sun GH, Chao SC. (2001). The effect of aninfertility diagnosos on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*. 16 (8):1762-1767.
23. Karamustafahoğlu O, Özçelik A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 8: 140-148.
24. Karaca A., Ünsal, G.(2015). İnfertil kadınların infertiliye bağlı yaşadıkları stresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 12(2): 126-132.
25. Üner E., Sunal N. (2018). İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyini ve algıladıkları aile desteğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 4(2): 1-15.
26. Naab F., Brown R., Heidrich S. (2013). Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. *Journal of Nursing Scholarship*. 45(2):132-140.
27. Kılıç M., Apay S. E., Kızılkaya Beji N. (2011). İnfertilite ve kültür. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 19(2): 109-115.
28. Bokaie M., Simbar M., Ardekani S. M. Y., Majd H. A. (2016). Women's beliefs about infertility and sexual behaviors: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 21(4): 379.
29. Bunting L., Tsibulsky I., Boivin J. (2012). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human reproduction*. 28(2): 385-397.
30. Wiltshire A., Brayboy L. M., Phillips K., Matthews R., Yan F., McCarthy-Keith, D. (2019). Infertility knowledge and treatment beliefs among African American women in an urban community. *Contraception and reproductive medicine*. 4(1):16.
31. Stevenson E. L., Hershberger P. E., Bergh, P. A. (2016). Evidence-based care for couples with infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 45(1):100-110.
32. Thoma M. E., McLain A. C., Louis J. F., King R. B., Trumble A. C., Sundaram R., Louis G. M. B. (2013). Prevalence of infertility in the United States as estimated by the current

- duration approach and a traditional constructed approach. *Fertility and sterility*. 99(5): 1324-1331.
33. Atlanta G.A (2014). National public health action plan for the detection, prevention, and management of infertility. *Centers for Disease Control and Prevention*.3-22
34. Gürkan, T., Demireol A. (2006). İnfertil çiftin değerlendirilmesi. Çolgar U. (Ed.), *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 79-89.
35. Çayan, S., Kadioğlu A. (2005). Varikoselin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Türk Üroloji Dergisi*. 31(1): 57-63.
36. İdil M. (2004) İnfertilite ve tanısı. *Aktüel Tıp Dergisi. İnfertilite Özel Sayısı*. 9(5): 1-4.
37. Sezgin H., Hocoğlu Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6: 165-84.
38. Demir S., Kızılkaya Beji N. (2015). İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Androloji Bülteni*. 17(61): 136-139.
39. Kavlak O. (2008). İnfertilite. Şirin A, Kavlak O.(Ed.), *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık. 332-46.
40. Çöl M.(2007). Kadın sağlığı, sigara ve madde bağımlılığı. *5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı*. Ankara: 101-103.
41. Üstünsöz A. (2007). İnfertiliteyi etkileyen faktörler. *5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı*. Ankara: 40-43.
42. Günalp S.(2017). Erkek infertilitesi. Travmergen E. (2017). IVF. Pabuççu R., Fıçioğlu C., Baysal B.(Ed).*Üreme Endokrinolojisi Teknikleri ve Cerrahisi*. İstanbul: 61-223.
43. Aydın S., Kızılkaya Beji N. (2013). İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 10(2): 8-13.
44. Yılmaz E., Kavak F. (2018). The effect of stigma on depression levels of Turkish women with infertility. *Perspectives In Psychiatric Care*. 55: 378-382.
45. Dyer S. J., Patel M. (2012). The economic impact of infertility on women in developing countries-a systematic review. *Facts Views Vision In Obgyn*. 4(2): 102.
46. Dinç, A., Kızılkaya Beji, N. (2001). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya-Beji N.(Ed). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul: Emek Matbaacılık. 75-92.
47. Akyüz A. (2007). İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık. *5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı*. Ankara: 23-26.
48. Atıcı D.(2003). İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik kakımı. *3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı*. Ankara: 67.
49. Kızılkaya Beji, N., Zengin, M., Dinç, H. (2009.) İnfertilite hemşirelerinin değişen rolleri ve eğitim gereksinimleri. Kızılkaya Beji N.(Ed). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A. Ş. 255-264.

50. Naab F., Brown R., Heidrich S. (2017). The fertility belief questionnaire (FBQ). *Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Technologies*. 3(2): 109-120.
51. Ercan İ., Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30(3): 211-216.
52. Esin M. N., (2014). Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. Erdoğan S., Nahcivan N., Esin M. N.(Ed). *Hemşirelikte Araştırma*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 193-233.
53. Erefe İ., (2004).Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemler*. Ankara: Odak Ofset.3. Baskı:169-188
54. Aksayan S., Gözüm S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlama için rehber 2: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 5(1): 3-14.
55. Çapık C., Gözüm S., Aksayan S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(3):199-210.
56. Karakoç F. Y., Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 13(40): 39-49.
57. Aksayan S., Gözüm, S. (2002). Kültürler arası ölçek uygulama için rehber I. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*. 4(1): 9-14.

8. EKLER

EK-1



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.1912270021
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:27.12.2019

Sayın Eylem KARAKUŞ

Enstitü Yönetim Kurulunun 20.2.2019 tarih ve 2019/008 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayla YAVA
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
184101056 Eylem KARAKUŞ	Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP
Tel : +90 342 211 80 80
Fax : +90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Web : www.hku.edu.tr
e-Posta : info@hku.edu.tr


T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı


Karar No : 2019/31
Karar Tarihi : 19.03.2019


Sayın Eylem KARAKUŞ,


"Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;


Oy birliği ile karar verilmiştir.

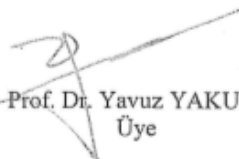

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan



Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye


Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye


Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye


Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Güven HOŞ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri



ASLIGIBİDİR

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 16.05.2019 / 26

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Eylem KARAKUŞ

Çalışma Adları :

"Türk Toplumunda Doğurganlık İnançının Değerlendirilmesi"

(Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde)

Komisyon Kararı :

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmanın belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI
Uzm.Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri
Hizmetleri Başkanı

ÜYE
Dr. Mehmet Emin İNCE
Halk Sağlığı
Hizmetleri Başkanı

ÜYE
Uzm.Dr. Abdullah İhsan GÜRLER
İlaç Tıbbi Cihaz ve Sağlık
Hizmetleri Başkanı

.../05/2019

OLUR
16 Mayıs 2019
Uzm.Dr. Serdar SARIFAKI
İL Sağlık Müdürü



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99
Konu : Eylem KARAKUŞ'un Araştırma
İzni Hk.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : Eylem KARAKUŞ'un 29/04/2019 tarihli dilekçesi.

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Eylem KARAKUŞ, Müdürlüğümüze bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Türk Toplumunda Doğurganlık İnançının Değerlendirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması için izin taleplerine ilişkin dosyası yazımız ekinde sunulmuştur. Başvuru dosyasının, Başkanlığımız tarafından incelenmesi ve İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR - GE Birimine görüş bildirilmesi hususunda ;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
Eylem KARAKUŞ'un dilekçesi.

Ek-3 devam



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



ACELE

Sayı : 76924598-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.
-Eylem KARAKUŞ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : 02/05/2019 tarihli ve 65587614-774.99-100 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Bilimsel Araştırma için başvuruda bulunan; Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Eylem KARAKUŞ, Müdürlüğümüze bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Türk Toplumunda Doğurganlık İnançının Değerlendirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması için izin talebi Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımızca uygun görüldüğü hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

EK : İlgili Yazı ve Ekleri (41 Sayfa)

Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: soner.mihcioglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
soner.mihcioglu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 65c34add-2522-4158-95e1-5f3d8ef148f5 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Soner MIHÇIOĞLU

Veri Giriş Personeli

Telefon No: (0342)3382600

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/07/2019-E.13645



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/708.99/E.13645
Konu :Araştırma İzni Verilmesi

01/07/2019

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi :13/06/2019 tarihli, 281 sayılı ve "Araştırma İzni Verilmesi" konulu yazı

İlgi yazınız değerlendirilmiş olup, Tez Araştırması kapsamında "Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel araştırmanızı hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 15.6.2019 - 30.10.2019 tarihlerinde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr. Suat ZENGİN
Başhekim

01/07/2019 Başhekim

: S.ZENGİN

Evrak Doğrulamak İçin : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/LSBL7MN>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Tel : 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağı: <http://www.gantep.edu.tr/>



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

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/07/2019-38053



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/020/36053
Konu :Araştırma İzni hk.

01/07/2019

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :19/06/2019 tarihli, 33380 sayılı ve "Araştırma İzni hk." konulu yazı

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalımızda Tez Araştırması kapsamında "Türk Toplumunda Doğurganlık İnançının Değerlendirilmesi" başlıklı bilimsel bir araştırmayı 15.6.2019 - 30.10.2019 tarihlerinde uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Mete Gürol UĞUR
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı Başkanı V.

Re: The Fertility Belief Questionnaire (FBQ)

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

FN Florence Naab <fnaab@ug.edu.gh>
13.12.2018 Per 14:26
Siz

Dear Fuller,
Thanks for your interest in the FBQ. I hereby grant you permission to use it.
Dr Florence Naab
University of Ghana

[Get Outlook for iOS](#)

From: cylem karakuş <cylemblackbird@hotmail.com>
Sent: Tuesday, December 11, 2018 1:29 PM
To: Florence Naab
Subject: The Fertility Belief Questionnaire (FBQ)

Dear Florence Naab,

I Hello, I'm master student in I Iasan Kalyoncu University Nursing School Obstetric and Gynecologic Nursing Department. You have a scale name is ' The Fertility Belief Questionnaire (FBQ) '. I want to study valicity and reliability of this scale in Turkish language. Can you allow me to use this scale? Thank you very much.

I will wait your rcspnse

With regards
Eylem Karakuş

Gaziantep/TURKEY

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Çalışmamızın amacı “**Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi**”dir. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız sadece bu araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı Soyadı: Hemşire Eylem KARAKUŞ

İmzası:

TÜRK TOPLUMUNDA DOĞURGANLIK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı, bu araştırma Türk toplumunda doğurganlık inancının değerlendirilmesi

Hemşire Eylem KARAKUŞ

Katılımcı No:

Adı Soyadı (Rumuz):

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Doğum Tarihiniz (yıl):

2. Eğitim Durumunuz

- 1) Okur yazar değil
- 2) Okur yazar
- 3) İlköğretim
- 4) Ortaöğretim
- 5) Yüksek Öğretim

3. Çalışma Durumunuz

- 1) Çalışmıyor
- 2) Çalışıyor (Mesleği:))

4. Ekonomik Durumunuz

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir gidere eşit
- 3) Gelir giderden fazla

5. Sosyal/Sağlık Güvenceniz

- 1) Var
- 2) Yok

6. Yaşadığınız Yer

- 1) İl
- 2) İlçe
- 3) Belde/Köy

7. Evlenme Tarihiniz (yıl):

8. Evlenme Yaşınız:

9. Evlenme Şekliniz

- 1) Görücü usulü/istemedi
- 2) Görücü usulü/isteyerek
- 3) Tanışarak/anlaşarak

10. Aile Tipiniz

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile

B. TIBBİ ÖZELLİKLER

11. Daha Önce Gebelik Geçirdiniz Mi?

- 1) Hayır
- 2) Evet

12. Cevabınız Evet İse Nasıl Gebe Kaldınız?

- 1) Kendiliğinden
- 2) Tedavi ile

12. Önceki Gebeliğiniz Nasıl Sonuçlandı?

- 1) Düşük
- 2) Canlı doğum

13. Kaç Çocuğunuz Var? (Belirtiniz.....)

13. İnfertilite (Çocuk Sahibi Olamama) Konusunda Bilgi Aldınız Mı?

- 1) Hayır
- 2) Evet

14. Ne Kadar Süredir Çocuk Sahibi Olmak İçin Tedavi Görüyorsunuz?

..... ay/..... yıl

15. İnfertilite İçin Daha Önce Kaç Kere Tedavi Aldınız? (Belirtiniz.....)

17. Başka Hastalığınız Var Mı?

- 1) Yok
- 2) Var (Belirtiniz:))

Appendix A: The Fertility Belief Questionnaire (FBQ)

ID: Date:..... Site:.....

We are interested in your own personal views of how you now see your fertility problem. Please indicate how much you agree or disagree with the following statements about your fertility problem by ticking the appropriate box.

Views About Your Fertility Problem (Timeline: Chronic/ Acute)		Agree				Disagree	
		Strongly Agree	Moderately Agree	Slightly Agree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Strongly Disagree
IP1	My fertility problem will last a short time	5	4	3	2	1	0
IP2	My fertility problem is likely to be permanent	5	4	3	2	1	0
IP3	My fertility problem will improve in time	5	4	3	2	1	0

Views About Your Fertility Problem (Consequences)		Agree				Disagree	
		Strongly Agree	Moderately Agree	Slightly Agree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Strongly Disagree
IP4	My fertility problem is a serious condition	5	4	3	2	1	0
IP5	My fertility problem has major consequences on my life	5	4	3	2	1	0
IP6	My fertility problem does not have much effect on my life	5	4	3	2	1	0
IP7	My fertility problem strongly affects the way others see me	5	4	3	2	1	0
IP8	My fertility problem has serious financial consequences	5	4	3	2	1	0
IP9	My fertility problem causes difficulties for those who are close to me	5	4	3	2	1	0
IP10	I can be divorced because of my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP11	My fertility problem makes me feel incomplete	5	4	3	2	1	0
IP12	I don't interact with other people's children because of my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP13	It is difficult for me to interact with people in my community because my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP14	My fertility problem makes me have problems with my in-laws	5	4	3	2	1	0

Illness Coherence		Strongly Agree	Moderately Agree	Slightly Agree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Strongly Disagree
IP15	My fertility problem is confusing to me	5	4	3	2	1	0
IP16	My fertility problem is surprising to me	5	4	3	2	1	0
IP17	I don't understand my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP18	My fertility problem doesn't make any sense to me	5	4	3	2	1	0
IP19	I have a clear picture or understanding of my fertility problem	5	4	3	2	1	0

We are interested in your own personal views about your fertility problem and what you can do about it. Please indicate your agreement or disagreement by ticking the appropriate box.

Personal Control		Agree			Disagree		
		Strongly Agree	Moderately Agree	Slightly Agree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Strongly Disagree
IP20	There are many things I can do to control my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP21	What I do can determine whether my fertility problem gets better or worse	5	4	3	2	1	0
IP22	The outcome of my fertility problem depends on me	5	4	3	2	1	0
IP23	Nothing I do will affect my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP24	My actions will have no effect on the outcome of my fertility problem	5	4	3	2	1	0
	TREATMENT CONTROL	5	4	3	2	1	0
IP25	The use of herbs can treat my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP26	I use prayer as a means to solve/cure my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP27	I combine prayers with herbs and hospital treatment to solve my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP28	There is very little that can be done to improve my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP29	Hospital treatment will be effective in curing my fertility problem	5	4	3	2	1	0
IP30	There is nothing that can help my fertility problem	5	4	3	2	1	0

Causes of fertility problems: We are interested in your opinions about the causes of fertility problems. We are most interested in your own views rather than what others including doctors or family may have suggested to you. Please indicate yes, not sure/don't know, or no by ticking the appropriate box.

Possible Causes		Yes	Not sure/Don't Know	No
C1	Stress			
C2	Hereditary - it runs in my family			
C3	Sexually transmitted diseases, for example gonorrhea			
C4	Bad luck			
C5	Poor medical care in the past			
C6	Thinking negatively about life			
C7	Worrying about family problems			
C8	A person's emotional state, for example feeling down, lonely, anxious, empty			
C9	Getting old			
C10	Drinking alcohol			
C11	Smoking			
C12	Accident or injury			
C13	Past sexual behavior			
C14	Witchcraft			
C15	Failure of husband to pay bride price			
C16	Use of family planning pills			
C17	Punishment from God			
C18	A curse from ancestors			
C19	Husband's refusal to see a doctor			
C20	Over weight			
C21	Underweight			
C22	Poor diet			
C23	High blood pressure			
C24	Irregular menses			
C25	Thyroid problems			
C26	Diabetes			
C27	Husband's infertility			

Doğurganlık İnanç Ölçeği (DİÖ)

Doğurganlık sorununuzu şu anda nasıl gördüğünüze dair kendi kişisel görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Lütfen doğurganlık sorununuzla ilgili aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

Doğurganlık Sorununuzla İlgili Görüşler (Zaman Çizelgesi: Kronik / Akut)		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Doğurganlık sorunun kısa sürede çözümlenecek	5	4	3	2	1	0
2	Doğurganlık sorunun muhtemelen kalıcı olabilir	5	4	3	2	1	0
3	Doğurganlık sorunun zamanla düzelecek	5	4	3	2	1	0
Doğurganlık Sorununuzla İlgili Görüşler (Sonuçlar)		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4	Doğurganlık sorunun ciddi bir durum	5	4	3	2	1	0
5	Doğurganlık sorununun hayatım üzerinde önemli sonuçları var	5	4	3	2	1	0
6	Doğurganlık sorununun hayatım üzerinde fazla bir etkisi yok	5	4	3	2	1	0
7	Doğurganlık sorunun diğer insanların bana bakış açılarını çok etkiler	5	4	3	2	1	0
8	Doğurganlık sorununun ciddi maddi sonuçları var	5	4	3	2	1	0
9	Doğurganlık sorunun yakınlarım için zorluklara neden oluyor	5	4	3	2	1	0
10	Doğurganlık sorunun nedeniyle boşanabilirim	5	4	3	2	1	0

11	Doğurganlık sorunun bana eksik olduğumu hissettiriyor	5	4	3	2	1	0
12	Doğurganlık sorunu nedeniyle başkalarının çocuklarıyla etkileşime girmiyorum	5	4	3	2	1	0
13	Doğurganlık sorunu nedeniyle çevremdeki insanlarla etkileşime girmekte zorlanıyorum	5	4	3	2	1	0
14	Doğurganlık sorunu, eşimin ailesiyle problem yaşamama neden oluyor	5	4	3	2	1	0
Hastalık Uyumu		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15	Doğurganlık sorunu kafamı karıştırıyor	5	4	3	2	1	0
16	Doğurganlık sorunu yaşamam beni şaşırtıyor	5	4	3	2	1	0
17	Doğurganlık sorunumu anlamıyorum	5	4	3	2	1	0
18	Doğurganlık sorunu benim için hiçbir şey ifade etmiyor	5	4	3	2	1	0
19	Doğurganlık sorunu hakkında net bir görüş veya anlayışa sahibim	5	4	3	2	1	0

Doğurganlık sorunuz ve bu konuda yapabilecekleriniz hakkındaki kişisel görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Lütfen aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

Kişisel kontrol		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20	Doğurganlık sorunumu çözmek için yapabileceğim birçok şey var	5	4	3	2	1	0
21	Yaptığım şeyler doğurganlık sorununun daha iyiye ya da kötüye gideceğini belirleyebilir	5	4	3	2	1	0
22	Doğurganlık sorununun sonucu bana bağlıdır	5	4	3	2	1	0
23	Yaptığım hiçbir şey doğurganlık sorunumu etkilemeyecek	5	4	3	2	1	0
24	Yaptıklarımın doğurganlık sorununun çözümüne etkisi olmayacak	5	4	3	2	1	0
Tedavi kontrolü							
25	Bitkisel ürünleri kullanmak doğurganlık sorunumu tedavi edebilir	5	4	3	2	1	0
26	Dua etmeyi (ibadeti) doğurganlık sorunumu çözmek / iyileştirmek için bir araç olarak kullanıyorum	5	4	3	2	1	0

27	Doğurganlık sorunumu çözmek için bitkisel ürünler ve hastanede aldığım tedavi ile dua etmeyi (ibadeti) birleştiriyorum	5	4	3	2	1	0
28	Doğurganlık sorunumu çözmek için yapılabilecek çok az şey var	5	4	3	2	1	0
29	Hastanede uygulanan tedavi doğurganlık sorunumu iyileştirmede etkili olacak	5	4	3	2	1	0
30	Doğurganlık sorunuma yardımcı olacak hiçbir şey yok	5	4	3	2	1	0

DOĞURGANLIK SORUNLARININ SEBEPLERİ: Doğurganlık sorununuzun sebepleri hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Doktorlar veya aileniz dahil diğerlerinin size önerdiği şeylerden çok sizin kendi görüşlerinizle ilgileniyoruz. Lütfen evet, emin değilim/bilmiyorum veya hayır kutucuklarını işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.

Olası nedenler	Evet	Emin değilim/ Bilmiyorum	Hayır
Stres			
Kalıtısal - ailemden geliyor			
Bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar			
Kötü şans			
Önceki yanlış tedavi uygulamaları			
Hayat hakkında olumsuz düşünmek			
Aile sorunları hakkında endişelenmek			
Üzülme, yalnızlık, endişe, boş hissetme gibi duygusal durumlar			
Yaşın ilerlemesi			
Alkol kullanmak			
Sigara içmek			
Kaza veya yaralanma			
Geçmişteki cinsel davranışlar			

Olası nedenler	Evet	Emin değilim/ Bilmiyorum	Hayır
Kocanın başlık parası ödememesi			
Doğum kontrol hapları kullanmak			
Allah'tan gelen bir ceza			
Atalarımızdan bir ceza			
Kocanın doktora gitmeyi reddetmesi			
Aşırı kilo			
Çok zayıf olmak			
Kötü beslenme			
Yüksek tansiyon			
Düzensiz adetler			
Tiroid sorunları			
Diyabet (şeker hastalığı)			
Kocanın infertil olması			

Doğurganlık İnanç Ölçeği (DİÖ) (2,6,18,19 Maddeleri Çıkarılmış)

Doğurganlık sorununuzu şu anda nasıl gördüğünüze dair kendi kişisel görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Lütfen doğurganlık sorununuzla ilgili aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

Zaman		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Doğurganlık sorunun kısa sürede çözümlenecek	5	4	3	2	1	0
3	Doğurganlık sorunun zamanla düzelecek	5	4	3	2	1	0
Sonuçlar		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4	Doğurganlık sorunun ciddi bir durum	5	4	3	2	1	0
5	Doğurganlık sorununun hayatım üzerinde önemli sonuçları var	5	4	3	2	1	0
7	Doğurganlık sorunun diğer insanların bana bakış açılarını çok etkiler	5	4	3	2	1	0
8	Doğurganlık sorununun ciddi maddi sonuçları var	5	4	3	2	1	0
9	Doğurganlık sorunun yakınlarım için zorluklara neden oluyor	5	4	3	2	1	0
10	Doğurganlık sorunun nedeniyle boşanabilirim	5	4	3	2	1	0
11	Doğurganlık sorunun bana eksik olduğumu hissettiriyor	5	4	3	2	1	0
12	Doğurganlık sorunun nedeniyle başkalarının çocuklarıyla etkileşime girmiyorum	5	4	3	2	1	0

13	Doğurganlık sorunun nedeniyle çevremdeki insanlarla etkileşime girmekte zorlanıyorum	5	4	3	2	1	0
14	Doğurganlık sorunun, eşimin ailesiyle problem yaşamama neden oluyor	5	4	3	2	1	0
Hastalık Uyumu		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15	Doğurganlık sorunun kafamı karıştırıyor	5	4	3	2	1	0
16	Doğurganlık sorunu yaşamam beni şaşırtıyor	5	4	3	2	1	0
17	Doğurganlık sorunumu anlamıyorum	5	4	3	2	1	0

Hastalık kontrolü		Katılıyorum			Katılmıyorum		
		Kesinlikle katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Biraz katılıyorum	Orta derecede katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20	Doğurganlık sorunumu çözmek için yapabileceğim birçok şey var	5	4	3	2	1	0
21	Yaptığım şeyler doğurganlık sorununun daha iyiye ya da kötüye gideceğini belirleyebilir	5	4	3	2	1	0
22	Doğurganlık sorununun sonucu bana bağlıdır	5	4	3	2	1	0

23	Yaptığım hiçbir şey doğurganlık sorunumu etkilemeyecek	5	4	3	2	1	0
24	Yaptıklarımın doğurganlık sorunumun çözümüne etkisi olmayacak	5	4	3	2	1	0
25	Bitkisel ürünleri kullanmak doğurganlık sorunumu tedavi edebilir	5	4	3	2	1	0
26	Dua etmeyi (ibadeti) doğurganlık sorunumu çözmek / iyileştirmek için bir araç olarak kullanıyorum	5	4	3	2	1	0
27	Doğurganlık sorunumu çözmek için bitkisel ürünler ve hastanede aldığım tedavi ile dua etmeyi (ibadeti) birleştiriyorum	5	4	3	2	1	0
28	Doğurganlık sorunumu çözmek için yapılabilecek çok az şey var	5	4	3	2	1	0
29	Hastanede uygulanan tedavi doğurganlık sorunumu iyileştirmede etkili olacak	5	4	3	2	1	0
30	Doğurganlık sorunuma yardımcı olacak hiçbir şey yok	5	4	3	2	1	0

DOĞURGANLIK SORUNLARININ SEBEPLERİ: Doğurganlık sorununuzun sebepleri hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Doktorlar veya aileniz dahil diğerlerinin size önerdiği şeylerden çok sizin kendi görüşlerinizle ilgileniyoruz. Lütfen evet, emin değilim/bilmiyorum veya hayır kutucuklarını işaretleyerek cevabınızı belirtiniz.

Olası nedenler	Evet	Emin değilim/ Bilmiyorum	Hayır
Stres			
Kalıtısal - ailemden geliyor			
Bel soğukluğu gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar			
Kötü şans			
Önceki yanlış tedavi uygulamaları			
Hayat hakkında olumsuz düşünmek			
Aile sorunları hakkında endişelenmek			
Üzülme, yalnızlık, endişe, boş hissetme gibi duygusal durumlar			
Yaşın ilerlemesi			
Alkol kullanmak			
Sigara içmek			
Kaza veya yaralanma			
Geçmişteki cinsel davranışlar			

Olası nedenler	Evet	Emin değilim/ Bilmiyorum	Hayır
Kocanın başlık parası ödememesi			
Doğum kontrol hapları kullanmak			
Allah'tan gelen bir ceza			
Atalarımızdan bir ceza			
Kocanın doktora gitmeyi reddetmesi			
Aşırı kilo			
Çok zayıf olmak			
Kötü beslenme			
Yüksek tansiyon			
Düzensiz adetler			
Tiroid sorunları			
Diyabet (şeker hastalığı)			
Kocanın infertil olması			



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: Türk Toplumunda Doğurganlık İnancının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 39 sayfalık kısmına ilişkin, 02/01/2020 tarihinde enstitü sekreterliği tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinal raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil %20 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi TURNİTİN adı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 08/01/2020

Adı Soyadı: Eylem KARAKUŞ

Öğrenci No: 184101056

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Programı: HEMŞİRELİK

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Nuran TOSUN
{Ünvan, Ad Soyad, İmza}

ÖZGEÇMİŞ**Adı Soyadı:** Eylem Karakuş**Doğum Tarihi:** 12.09.1992**Unvanı:** Hemşire**Öğrenim Durumu**

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik Bölümü	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012-2016
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018-devam ediyor

Çalışma Durumu

Unvan	Alan	İşyeri	Yıl
Hemşire	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	Özel Sani Konukoğlu Hastanesi	2016-2017
Hemşire	Hemodiyaliz Ünitesi	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2017- Devam ediyor

Bilimsel Faaliyetler

Dönmez S, Karaöz B, Zeyneloğlu S, Kısa S, Öztürk R, Karakuş E, Güngör Ç, Guzey F, Sönmez M. Türkiye'nin Batı ve Doğu Bölgesinde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Servikal Kansere ve HPV'ye Yönelik Farkındalıklarının ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri (Poster Bildiri İkincilik Ödülü).

Güngör Ç, Guzey F, Sönmez M, Karakuş E, Karaöz B, Dönmez S. Türkiye'nin Avrupa ve Asya'ya Açılan Eğitim Kapılarında İki Farklı Sistem İle Eğitim Alan Üniversite Öğrencilerinin Mesleki Hazır bulunuşluk ve Profesyonellik Düzeylerinin Karşılaştırılması. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri (Poster Bildiri).

Dönmez S, Kısa S, Karakuş E. Türkiye'de Primipar Gebelerin Doğuma İlişkin Tutum ve Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 5-7 Kasım 2015, İzmir (Sözel Bildiri).

Güngör K, Göv P, Dönmez S, Karakuş E, Karakaş H, Gökmen C. Sağlıkta Sinsi Tehlike: Antibiyotik Direnci, Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Antibiyotige Başlama Durumlarının Belirlenmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir (Poster Bildiri).

Dönmez S, Kısa S, Karakuş E, Karakaş H, Gökmen C, Dilek G, Sarıca A. İstenmeyen Bir Bebeğe Sahip Olan Kadın, Anne Sevgisini Verebilir Mi? Evli Ciftler Kuretaj Hakkında Ne Düşünüyor? 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir (Poster Bildiri).

Dönmez S, Karakuş E. Yeni Mezun Olan Hemşirelerin Uygulama Alanlarında Sözel Ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi, 11-12 Eylül 2017, İzmir (Sözel Bildiri).

Dönmez S, Karakuş E, Çelik M, Güngör K. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 1. Çukurova Kadın Doğum Günleri, 24-26 Kasım 2017, Adana (Poster Bildiri)