



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMER İNFERTİLİTENİN KADINLARIN YAŞAM
KALİTESİNE, DEPRESYON DURUMLARINA VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

MERVE YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

SIVAS-2020

T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMER İNFERTİLİTENİN KADINLARIN YAŞAM
KALİTESİNE, DEPRESYON DURUMLARINA VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

MERVE YILDIRIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. GÜLBAHTİYAR DEMİREL

SİVAS-2020

“Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ACAR BEKTAŞ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR

Üye (Danışman)

Doç. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL

ONAY

Bu tez çalışması, 13.12.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.



Tezimin seçilmesi, planlanması ve yürütülmesi esnasında çalışmalarına ışık tutan, bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Gülbahtiyar Demirel'e, bu süreçte benden yardım ve desteklerini esirgemeyen ebe, hemşire ve doktor arkadaşlarıma, amaçlarımın peşinde giderken beni hayata karşı cesaretlendiren, destekleyen, yreklendiren babama, hayatımın her aşamasında benim için fedakrlık yapan canım anneme, varlığını her an yanımda hissettiğim kardeşime ayrı ayrı teşekkür ederim.

**PRİMER İNFERTİLİTENİN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE,
DEPRESYON DURUMLARINA VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Merve YILDIRIM

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL

2020, 87 sayfa

Bu araştırma, primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesine, depresyon durumlarına ve stresle başa çıkma davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Tanımlayıcı tipte olan araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet vermekte olan Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (Tüp Bebek Ünitesi) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Gebe Odası'nda yapılmıştır. Araştırmadaki örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Literatürde depresyon ortalaması infertil kadınlar arasında 4.6 ± 2.9 , gebe kadınlar arasında ise 3.5 ± 2.1 olarak bildirilmiştir. Evreni temsil etmek üzere örneklem hacmi; $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde, $1 - \alpha = 0,95$ güven aralığında, $\beta = 0,20$ hata riski, $1 - \beta = 0,80$ güç ile 85 infertil kadın, 85 gebe kadın olmak üzere toplam kişi sayısı 170 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu”, “Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ile toplanmıştır. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (etik karar no: 2018-04/14) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (93596471-044-E.5583 sayılı) yazılı izin alınmıştır. Çalışma kriterlerine uyan gebelere (okur yazar, evli, 15-49 yaş aralığında ve en az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olması, herhangi bir psikiyatrik ve fiziksel hastalığı olmaması, çalışmaya katılmaya gönüllü olması) araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren infertil ve gebe kadınlara araştırmada kullanılacak formlar ve bir zarf verilmiştir. İnfertil veya gebe kadın ayrı bir

odaya alınmış, formları doldurması ve zarfa koyup ağzını kapatıp hazırlanan kutunun içine atması istenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon testi, Man Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık 0,05 önem düzeyinde incelenmiş olup SPSS 23 versiyonundan yararlanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, infertil kadınlar düşük düzey yaşam kalitesine (38,55), depresyon ve anksiyete yönünden orta düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında pasif başa çıkma yollarını (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) kullanmaktadırlar. Buna karşın nullipar kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden normal olup stresli durumlarda aktif başa çıkma yollarına (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) başvurmaktadır ($p<0,05$). İnfertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi azaldıkça depresyon risk düzeyi artmakta, stresli durumla karşılaştıklarında pasif başa çıkma yollarının kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi azalmakta, depresyon risk düzeyi yükselmektedir ($p<0,05$). İnfertil kadınlarda sosyo-demografik ve infertiliteye yönelik bazı özellikler (yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı, infertilite nedeniyle psikolojik destek alma ve infertilite nedeniyle alınan tepki) stresle başa çıkma yollarını, yaşam kalitesi ve depresyon risk düzeyini etkilemektedir ($p<0,05$).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda infertil kadınların; bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, eş ve ailenin de sürece dahil edilmesi, psikolojik olarak sürece hazırlanmasının sağlanması, depresyon, anksiyete gibi sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerinin erken dönemde saptanması ve uygun girişimlerin planlanması, ilgili uzmanlara yönlendirilmesi, stresle başa çıkmada aktif başa çıkma yollarını kullanmaları için uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Primer infertilite, Yaşam kalitesi, Depresyon, Stresle başa çıkma, Kadın, Ebe

ABSTRACT

THE EFFECT OF PRIMARY INFERTILITY ON WOMEN'S QUALITY OF LIFE DEPRESSION AND COPING WITH STRESS BEHAVIORS

Merve YILDIRIM

Master's Thesis, Department of Midwifery

Advisor: Assoc Prof. Gulbahtiyar DEMIREL

2020, 87 pages

This research was planned to determine the effect of primary infertility on women's quality of life, depression and coping with stress behaviors. This descriptive study was conducted in Assisted Reproduction Treatment Center (IVF Unit) and in maternity room of Gynecology and Obstetrics Clinic of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital. The sample size was calculated using power analysis. In the literature, the mean depression score was reported as 4.6 ± 2.9 among infertile women and 3.5 ± 2.1 among pregnant women. To represent the population, sample was determined at $\alpha = 0.05$ significance level, $1 - \alpha = 0.95$ confidence interval, $\beta = 0.20$ error risk, $1 - \beta = 0.80$ power, and 170 women, 85 of them infertile and 85 of them pregnant, were included in the study.

Research data were collected using "Personal Information Form", "the Fertility Quality of Life Questionnaire", "the Hospital Anxiety and Depression Scale" and "the Coping with Stress Scale" which were prepared by the researchers in line with the literature. Written permission was obtained from the ethics committee (ethical decision no: 2018-04/14) and from the institution where the study was conducted (numbered 93596471-044-E.5583) before the implementation. Pregnant women who met the study criteria (being literate, married, aged between 15-49 years, having at least 6 months of infertility treatment, no psychiatric and physical illness, willingness to participate in the study) were informed about the purpose and content of the study and their written consent was obtained for their participation. Infertile and pregnant women who gave written consent to participate in the study were given forms and an envelope to be used

in the study. The infertile or pregnant women were taken to a separate room, asked to fill out the forms, put them in an envelope, close them and throw them into the box. Spearman correlation test, Man Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Chi-square test were used to evaluate the study data. Statistical significance was examined at 0.05 significance level and SPSS 23 version was used in the evaluation of the data.

According to the results of the study, infertile women had a low level of quality of life (38.55), moderate risk of depression and anxiety, and they resorted to passive coping strategies (helpless and submissive approaches) when they faced stressful situations. However, nulliparous women were normal in terms of depression and anxiety and resorted to active coping strategies (confident and optimistic approaches) in case of stressful situations ($p<0.05$). As the quality of life decreased among infertile women, the risk of depression increased, and when the use of passive coping methods increased, the quality of life decreased and the risk of depression increased ($p<0.05$). Some socio-demographic and infertility related characteristics of infertile women (age, duration of marriage, education level, working status, duration of infertility, duration of infertility treatment, number of negative infertility results, having psychological support due to infertility and response to infertility) had an effect on coping with stress methods, quality of life and depression risk level ($p<0.05$).

In line with these results, it may be recommended to evaluate infertile women with a holistic approach, include spouses and families into the process, prepare women to the process in psychological terms, identify risk factors that may affect health such as depression and anxiety in the early period and plan appropriate interventions, direct women to the experts and to provide appropriate information and counseling services to make them use active stress coping strategies.

Key Words: Primary infertility, Quality of life, Depression, Coping with stress, Women, Midwife

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnfertilite ve Türleri.....	5
2.1.1. İnfertilite Nedenleri.....	5
2.1.2. İnfertilitede Tanı.....	7
2.1.3. İnfertilitede Tedavi.....	8
2.1.4. İnfertilitenin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri.....	9
2.1.4.1. Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi.....	10
2.1.4.2. Primer İnfertilitenin Kadınların Depresyon Durumuna Etkisi.....	10
2.1.4.3. Primer İnfertilitenin Kadınların Stresle Başa Çıkma Davranış Düzeyine Etkisi.....	11
2.1.5. Primer İnfertilitede Ebenin Sorumlulukları.....	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni.....	16
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	16

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	16
3.6. Veri Toplama Araçları.....	17
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2. Öneriler.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	70
EK 1: Kişisel Bilgi Formu.....	70
EK 2: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği.....	72
EK 3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	79
EK 4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	81
EK 5: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	83
İZİNLER.....	85

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik ve Gebelikten Korunmaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 2: Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	24
Tablo 3: Kadınlarda DSYKHKÖ, HADÖ ve SBÇTÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	26
Tablo 4: Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi.....	28
Tablo 5: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi.....	29
Tablo 6: Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi.....	33

KISALTMALAR DİZİNİ

BEY: Boyun Eğici Yaklaşım

ÇY: Çaresiz Yaklaşım

DAB: Duygusal Alt Boyut

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSYKHKÖ (FERTİQOL): Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

HAD-D: Hastane Anksiyete Alt Boyut

HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

İAB: İlişkisel Alt Boyut

İY: İyimser Yaklaşım

KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım

LH: Lüteinizan Hormon

OAT: Oligo-Asteno-Teratozoospermi

SAB: Sosyal Alt Boyut

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

TÇAB: Tedavi Çevresi alt boyutu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TTAB: Tedavi Tolerasyonu alt boyutu

WHO: World Health Organization

ZBAB: Zihin-Beden Alt Boyut

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanların temel içgüdülerinden biri üreme iç güdüsüdür. Evli olan çiftlerin hemen hepsi çocuk sahibi olmayı planlamakta ancak bazen infertilite nedeniyle bu istek engellenebilmektedir (Taşçı ve Özkan, 2007; Ataman, 2007; Cevrioğlu, 2009; Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). İnfertilite, en az bir yıllık korunmasız ve düzenli (haftada 2-3 kez) cinsel ilişki olmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (Bankowski ve Vlahos, 2005; WHO, 2009; Wright ve Johnson, 2010; Eren, Coşar ve Erdem, 2013; Allan ve Mounce, 2015, Peyromusavi ve ark., 2016). İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmektedir (WHO, 2010; Hongxia ve ark., 2014). İnfertilite dünyada %10-15 oranında görülmekte olup 50-80 milyon çifti etkilemektedir (WHO, 2010; Bodur ark., 2013; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). Dünyada her 10 çiftten biri, İngiltere’de her 7 çiftten biri, Amerika’da ise 6 çiftten biri infertilite problemi yaşamaktadır (Boivin ve ark., 2007; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Türkiye’de ise infertilite sorunu giderek artmakta, insidansı %10-20 arasında değişim göstermektedir (Taşçı ark., 2008; Karaca ve Ünsal, 2012; Çetinbaş ark., 2014; Sezgin ve Hocoğlu, 2014; Çavuşoğlu, 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018) verilerine göre 15-49 yaş arası infertil kadınların oranı %4 olarak belirtilmiştir.

Çiftler, infertiliteyi psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizi olarak tanımlamaktadır (Demirci, 2001; Arslan ve Ersoy Cingi, 2009; Karaca ve Ünsal, 2012; Sezgin ve Hocoğlu, 2014; Stocker, Hardingham ve Cheong, 2016; Chen ve ark., 2016). İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek ile ilgili planlarını, benlik saygılarını, beden imgelerini etkileyerek yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır (Allison, 2011; Dündar, 2013; Aydın ve Kızılkaya-Beji, 2013; Mousavi ve ark., 2013; Kahyaoglu-Sut ve Balkanlı-Kaplan, 2015).

İnfertilitenin psikososyal etkileri, yaşam kalitesinin bileşenlerini olumsuz yönde etkiler. En çok etkilenen alanlar mental sağlık, emosyonel davranışlar, çevre, psikoloji,

fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır. Ağır bir kusur olarak görülebilen infertilite erkek ve kadın için farklı düzeylerde hissedilen bir sorundur (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde kadınlar erkeklere oranla daha fazla suçluluk, stres ve sorumluluk hissettikleri için kendilerini 'farklı', 'kusurlu' ya da 'mağdur' gibi görebilmektedirler (Karaca ve Ünsal, 2012; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Kadınlar çoğunlukla infertiliteyi annelik kimliğine yapılan bir saldırı olarak düşünmekte (Alibaşoğlu, 2010; Allison, 2011; Bhatti ve Jeffery, 2012), infertiliteye bağlı; utanç, benlik saygısında azalma, suçluluk, anksiyete, depresyon, izolasyon duygusu, yaşam kalitesinde azalma, evlilik ve cinsel yaşamda sorunları erkeklere oranla daha fazla yaşamaktadır (Mousavi ve ark., 2013; Kahyaoğlu Sut ve Balkanlı Kaplan, 2015; Vizheh ve ark., 2015). Literatürde infertilitenin, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha fazla etkilediği belirtilmektedir (Monga ve ark., 2004; Ragni ve ark., 2005; Peterson ve ark., 2006; Chachamovich ve ark., 2007; Arslan ve Ersoy Cingi, 2009; Chachamovich ve ark., 2010; Ramos ve ark., 2010; Pinar ve Zeyneloğlu, 2012; Mousavi ve ark., 2013; Vizheh ve ark., 2015).

İnfertilite, kadın ruh sağlığını etkilemekte ve depresyona eğilimi artırmaktadır (Muzik ve ark., 2009; Kazandı ve ark., 2011; Taşkın ve ark., 2016). İnfertilite tanısı ve tedavisi kadının ve eşinin fiziksel, emosyonel enerjisini tüketmekte, depresyon ve kaygı düzeyini artırarak çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (Ramezanzadeh, 2006; Yanikkerem ve ark., 2008; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Japonya'da infertil kadınların emosyonel distress durumlarını inceleyen bir çalışmada depresyon ortalaması infertil kadınlar arasında 4.6 ± 2.9 , gebe kadınlar arasında ise 3.5 ± 2.1 olarak belirlenmiştir (Matsubayashi ve ark., 2001). İnfertil hastalarda, psikolojik açıdan en büyük güçlüğün anksiyete, tedavinin başarısız olduğu çiftlerde ise depresyon olduğu belirlenmiştir (Ünal ve ark., 2010; Özkan, 2010). Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (annelik güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, lohusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (Yanikkerem ve ark., 2008; Kırca ve Pasinoğlu, 2013). İnfertilite ne kadar uzun süre

devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hakim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonlanabilir (Uğur, 2014). Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda, infertil kadınlarda psikiyatrik bozuklukların başında anksiyete ve depresyon gelmektedir (Klonoff-Cohen., 2001; Matthiesen ve ark., 2011; Göker Tamay ve Koyuncu, 2012; Yılmaz, 2012; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). 112 infertil kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %40’ının psikiyatrik açıdan bir bozukluk yaşadığı, bunların %23’ünün anksiyete bozukluğu, %17’sinin majör depresif bozukluk yaşadığı bulunmuştur (Sezgin ve Hocoğlu, 2014).

İnfertilite çiftlerin evlilik yaşantısında, daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir (Opkong ve Orji, 2006; Özçelik ve ark., 2007; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Kaplan, 2018). Bu kriz çiftler için, hem bireysel hem de evlilik ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir stres durumudur (Özçelik ve ark., 2007; Sexton ve ark., 2010; Alibaşoğlu, 2010). Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tetkik ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlamaktadır (Ramezanzadeh, 2006; Lee ve ark., 2010). Stresi azaltmada bireyleri infertilite, tedavi süreci ve tedavinin başarısızlıkla sonuçlanma durumuna hazırlamak ve bireylerin bu durumla etkili baş etmelerini sağlamak önemlidir (Terzioğlu ve ark., 2010; Pasch ve ark., 2012; Yılmaz ve Oskay, 2015). Hsu ve Kuo (2002), yaptıkları çalışmada infertilite tedavisi sürecindeki negatif duygular ile etkisiz baş etme yöntemleri arasında ilişki olduğunu ve bu nedenle infertilite tedavisi sürecindeki kadınlara sosyal destek almaları, gevşeme yöntemlerini kullanmalarının öğretilmesi gerektiğini belirtmiştir. Lee ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada ise kadınların, infertilite tedavi sürecinin her aşamasına farklı psikososyal tepkiler verdiklerini ve farklı baş etme yöntemleri kullandıklarını belirtmiştir.

İnfertilite tanısı almış bireylere gerekli desteğin ve bilginin sağlanmasında sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). Bu yardımın verilmesinde ebe ve hemşirenin primer fonksiyonlarından birisi olan danışmanlık ve eğitici rolleri önemlidir. Sağlık profesyonelleri özellikle tedavi amacıyla başvuran infertil çiftlerle karşılaştıklarında çocuksuz olmanın psikososyal ve psikoseksüel etkilerini göz ardı etmemeli ve riskli durumu önceden belirleyebilmeli, çiftin gereksinimlerinin değerlendirilmesinden sonra çifte özel yaklaşımda

bulunabilmelidir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016). İnfertil kadınların bu süreçten etkilenme durumları ve baş etmelerinin belirlenmesi hastaların daha iyi anlaşılmasına ve daha bütüncül bir bakım sunulmasına olanak sağlayacaktır (Gigliotti, 2008; Ünal ve ark., 2010; Yılmaz ve Oskay, 2015). Yapılan araştırmalardan farklı olarak çalışmamızda, psikososyal sağlığı etkileyen üç parametre ele alınmış olup literatüre bilimsel katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesine, depresyon durumlarına ve stresle başa çıkma davranışlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır.

H₂: Primer infertilitenin kadınların depresyon durumlarına etkisi vardır.

H₃: Primer infertilitenin kadınların stresle başa çıkma davranışlarına vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite ve Türleri

İnfertilite, düzenli (haftada 2-3 kez) ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az 1 yıllık süre içerisinde gebeliğin gerçekleşmemesidir (Allan ve Mounce, 2015; Kahyaoglu-Sut ve Balkanlı-Kaplan, 2015; Zeren, 2016; WHO, 2017). Son yıllarda kabul gören infertilite tanımı ise; kadın yaşının 35'in altında olduğu çiftlerde en az bir yıl boyunca, kadın yaşının 35'in üzerinde olduğu çiftlerde ise 6 ay boyunca haftada 3 veya 4 kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliğin sürdürülememesi şeklindedir (Karaca ve Ünsal, 2012; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

İnfertilite görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte 15-49 yaş arasındaki çiftlerin yaklaşık %10-15'ini etkileyen toplumsal bir sağlık problemidir (WHO 2017). Yapılan bir çalışmaya göre, gelişmekte olan ülkelerde her dört çiftten biri infertiliteden etkilenmektedir (Mascarenhas ve ark., 2012). Türkiye'de ise 15-49 yaş arası infertil kadınların oranı %4'tür (TNSA, 2018). İnfertilite türleri primer ve sekonder ve açıklanamayan infertilite olarak üçe ayrılır. Primer infertilite, çiftin en az 12 ay boyunca düzenli (haftada 2-3 kez) ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen, hiç gebelik oluşmaması (Kırço, 2009; Yılmaz, 2012; PCAS, 2013), sekonder infertilite, çiftin canlı/ölü doğum, erken doğum, ektopik gebelik ya da düşükle sonuçlanmış bir ya da daha fazla gebelik öyküsünün olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına karşın gebelik oluşmaması (Kırço, 2009; Yılmaz, 2012), açıklanamayan infertilite ise, 1 yıl korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik elde edemeyen çiftlerde yapılan temel değerlendirmede (sperm analizi, ovulasyon testleri, kavite ve tubalarda patoloji olmadığını gösteren histerosalpingogram) herhangi bir patolojiye rastlanmaması olarak tanımlanmaktadır (Speroff ve Fritz, 2011; Mutlu ve ark., 2013).

2.1.1. İnfertilite Nedenleri

İnfertilitenin nedenleri toplumlar arasında farklılık göstermektedir (İnal, 2009; Yumru ve Öndeş, 2011). İnfertilitenin nedenleri arasında primer infertilitenin %55-75, sekonder infertilitenin ise %25-40 oranında olduğu bildirilmektedir (Arslan ve Özkan,

2012; Erdem, 2012). İnsidansı değişiklik göstermesine rağmen, beraber başvuran çiftlerin ortalama %15'i açıklanamayan infertilite tanısı almakta ve açıklanamayan infertilite insidansı merkezler arasında infertilite referanslarındaki farklılıklar ve çalışmalara dahil edilen grup farklılıkları nedeniyle %0 ile % 37 arasında değişmektedir (Adıgüzel, 2012; Işıkcı, 2012; Abdella ve ark., 2015). İnfertilite nedenlerinin %40'ı kadına ait, %40'ı erkeğe ait, %10 hem kadın hem erkeğe ait nedenler ve %10'u açıklanamayan (nedeni belirlenemeyen) nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2002; Yanıkkerem ve ark., 2008; Zegers-Hochschild ve ark., 2009; Erdem, 2012; Moghadam ve ark., 2013; Tural ve Çelik, 2019). İnfertilite nedenlerine bakacak olur isek;

Kadında infertiliteye neden olan faktörler: Kadında infertiliteye neden olan faktörler ovulatuvar faktör (anovulasyon, amenore ve menstruasyon düzensizlikleri), tubaperitoneal faktör (geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID), septik abortus, rüptüre apendiks, tubal cerrahi veya ektopik gebelik hikâyesi sonrası gelişen tubal harabiyet ve tubal obstrüksiyonu, endometriyozis, travma, kronik inflamasyon sonucunda görülen yapışıklıklar), uterin faktör (myomlar, polipler, septum, inrauterin yapışıklıklar, enfeksiyona bağlı patolojiler) ve servikal faktör (serviksin yapısal anomalileri, servisitisi ve servikal mukus anormallikleri) olarak 4 grupta sınıflandırılabilir (Hotun-Şahin ve ark., 2009; Guideline, 2012; Kahyaoğlu ve ark., 2012; Arslan, 2012; Algül, 2013; Çavuşoğlu, 2015).

Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler: Varikosel, hidrosel, torsiyon veya travma sonrası testiküler kayıp, hipogonadotropik hipogonadizm, hiperprolaktinemi gibi hormonal bozukluklar, epididimit, üretrit, prostatit gibi enfeksiyonlar, vas deferensin blokajı veya konjenital yokluğu, Klinefelter sendromu gibi kromozomal anomaliler, spermatogenezi kontrol eden genlerde delesyon veya kemoterapi ve radyasyona bağlı oligospermi, azospermi ve sperm motilitesinde kayba sebep olabilir (Aktürk, 2006; Çayan ve Kadioğlu, 2005; Dohle ve ark., 2010; Orhan, 2010; Benli, 2010; Çetinbaş, 2014).

2.1.2. İnfertilitede Tamı

İnfertilite değerlendirilmesi erkek ve kadında eş zamanlı yapılmalıdır (Eryılmaz ve ark., 2009; Hatasaka, 2011). İnfertilite değerlendirilmesinde ilk adım anamnez ve fizik muayenedir (Eryılmaz ve ark., 2009; Hatasaka, 2011). Anamnezde, genel olarak çiftlerin her ikisinde (Karaca, 2011; Erdem, 2012; McLaren, 2012; Durgun-Ozan, 2013);

- ✓Yaş,
- ✓Eğitim düzeyi,
- ✓ Sosyal güvence,
- ✓ Sosyo-demografik özellikler,
- ✓ Evlilik ve infertilite süresi,
- ✓Kadının menstrual öyküsü (menstrasyon süresi ve sıklığı),
- ✓Psiko-seksüel faktörler (aşırı çocuk sahibi olma isteği, çocuk sahibi olamama nedeni ile birbirini suçlama, çiftler arasında cinsel uyumsuzluk, cinsellikten kaçma, utanma duygusu vb.),
- ✓Fekundabiliteyi azaltan faktörler (yaşam tarzı, çalışma koşulları, sık seyahatler, sigara, alkol, madde kullanımı, kafein tüketimi, beslenme şekli, stres vb.)
- ✓Medikal olarak endokrin, kronik, kalıtsal, metabolik hastalık öyküsü (diyabetes mellitus, tiroid, akciğer tüberkülozu vb.),
- ✓Gonadotoksinler (kemoterapi, radyoterapi),
- ✓Çevresel ya da mesleğe ait toksinler (civa, kurşun, kadmiyum vb.),
- ✓İlaç alımı [Antihipertansifler (Ca kanal blokörleri), bazı antienflamatuvarlar, bazı antidepressanlar (kadınlarda hiperprolaktinemiye yol açabilir)],
- ✓Dini, kültürel ve etnik değerler sorgulanmalıdır.
- ✓Ayrıca kadın; infertilite süresi ve ilişki sıklığı, obstetrik öykü, aile, jinekolojik ve cerrahi hikaye, medikal öykü açısından da değerlendirilmelidir.

Anamnezden sonra tüm hastaların genel fizik muayenesi (boy, kilo, vücut kitle indeksi, nabız ve tansiyon ölçümü, meme muayenesi, batin muayenesi vb.) ve pelvik

muayenesi yapılmalıdır (McLaren, 2012). Erkeğin fizik muayenesinde; penis muayenesi, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vazların ve epididimlerin varlığı ve yapısı, varikosel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı, meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri gözlemlenir (Aktürk, 2006; Gürkan, 2006; Speroff ve ark., 2007; Kuş, 2008; Algül, 2013; Öztürk ve Soygür, 2013; Sezgin ve Hocaoğlu, 2014; Kavlak, 2015; Yenice ve ark., 2016, Rizk ve Montag, 2017; Kazez ve Bakal, 2017).

Anamnez ve fizik muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanır (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi) (Aktürk, 2006; Kuş, 2008; Akhter ve Jebunnaher, 2012; Yenice ve ark., 2016). Erkeğe yönelik testler; semen analizi, endokrin testler, ultrasonografi ve testiküler biyopsi testlerini içerir. Kadına yönelik testler ise; ovulasyon testleri, postkoital testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histeroskopi, laparaskopi ve endokrin testleri (Folikül stimulan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testesteron) içerir (Hatasaka, 2011; Erdem 2012; Durgun-Ozan 2013; Aksoy ve Yılmaz, 2019).

2.1.3. İnfertilitede Tedavi

İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorunları giderilmekte ve böylece çifte çocuk sahibi olma imkanı sağlanmaktadır. Kalan %10-15'i ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Hotun-Şahin ve Bilgiç, 2015). Ovulasyon indüksiyonu, infertilite tedavisinde en çok kullanılan yöntemlerden birisidir (Küçükaya, 2019). Yardımcı üreme teknikleri, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Benli, 2010; Durgun-Ozan, 2013; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Günümüzde en fazla kullanılan yardımcı üreme teknikleri intrauterin inseminasyon, in-vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ve intrasitoplazmik sperm injeksiyonudur (Benli, 2010). İnfertil çiftlerin tedavisi esnasında aşağıdaki genel prensiplere dikkat edilmelidir (Kızılkaya-Beji, 2015; Çetinbaş, 2014; Aksoy ve Yılmaz, 2019);

- ✓İnfertilitenin etkeni ya da etkenlerinin tanısı konulmalıdır,
- ✓ İnfertilite faktörüne yönelik elverişli tedavi yöntemleri seçilmelidir,
- ✓ Uygun yöntemin neticesini görebilmek için en az 3-6 siklus tedaviye devam edilmelidir,
- ✓Tedavinin süresince güvenilir ve uyumlu bir şekilde hekim-hasta-laboratuvar işbirliği sağlanmalıdır,
- ✓Tedavinin hiçbir zaman tam olarak çözüm sağlayamayabileceği fakat fertilitte şansını arttırmayı amaçladığı çiftlere açıklanmalıdır,
- ✓Tedavi seçiminde çiftin yaş faktörü ve tedaviyi uygulayabilme yeteneği göz önünde bulundurulmalıdır,
- ✓Tedavi boyunca gereksiz ilaç ve laboratuvar harcamalardan kaçınılmalıdır.

2.1.4. İnfertilitenin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri

İnfertilite sorunu evli çiftler üzerinde olmakla birlikte daha fazla kadın üzerinde kültürel bir baskı yaratmaktadır (Uğur, 2014; Oltuluoğlu ve ark., 2014). Kadınlar erkeklere oranla infertiliteye bağlı; utanç, benlik saygısında azalma, suçluluk, anksiyete, depresyon, izolasyon duygusu, yaşam kalitesinde düşme, evlilik ve cinsel yaşamda daha fazla problem yaşamaktadır (Chachamovich ve ark., 2009; Mousavi ve ark., 2013; Kahyaoglu-Sut ve Balkanlı-Kaplan, 2015; Vizheh ve ark., 2015). Bu süreçte kadınlar erkeklere göre daha fazla endişe ve kendini suçlama duygusu yaşarken infertilite problemini çözmek için daha aktif bir sorumluluk almaktadırlar (Kızılkaya-Beji ve Kaya, 2012). İnfertilitede etken erkek faktörü olsa dahi, tedavi sürecinde girişimsel işlemlere maruz kalanın kadın olması nedeniyle yaşanan stres kadınlarda daha fazladır (Ünal ve ark., 2010; Güleç ve ark., 2011; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

Kadın ve erkeğin infertiliteye yönelik verdikleri tepkiler farklılıklar göstermektedir (Dong ve Zhou, 2016; Bose ve Roy, 2017). İnfertilite kadın için; annelik duygusundan mahrum kalma, kendilerini toplumda dışlanmış, değersiz ve yalnız hissetme, yaşlılıkta bakacak kimselerinin olmaması olarak algılanırken, erkekler için ise; babalık duygusundan mahrum kalma ve soyunu devam ettirememe korkusu olarak görülebilmektedir (Şen ve ark., 2014; Zeren, 2016). İnfertilitenin erkekler üzerindeki en

yıkıcı etkisi ise erkeklik kimliklerini sorgulamaya başlamalarıdır (Peterson ve ark., 2007; Kazandı ve ark., 2011). İnfertil kadınlar, toplumun kendilerine yüklediği annelik rolünü yerine getirememeye, doğuramama, çocuk sahibi olmanın kendisine sağlayacağı itibardan yoksun kalma ve eşi tarafından terk edilme gibi durumlar ile karşı karşıya kalabildikleri için bu durum kadınların cinsel yaşamlarını, çift uyumlarını ve hayat kalitelerini erkeklere oranla daha olumsuz etkileyebilmektedir (Keramat ve ark., 2014; Zeren, 2016; Dong ve Zhou, 2016; Bose ve Roy, 2017).

2.1.4.1. Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir (Avcı ve ark., 2004; Lau ve ark., 2008; Baydur, 2010; Karademir, 2014). İnfertilite çiftlerin aile, arkadaş ve diğer sosyal çevre ilişkilerini, cinsel yaşantılarını ve yaşam kalitelerini de etkileyebilen, psikolojik bir durumdur (Ünal ve ark., 2010; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). İnfertilite yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum değildir ancak yaşam kalitesini düşürmekte ve çift uyumunu olumsuz etkilemektedir (Belen, 2012; Hsu ve ark., 2013; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Mousavi ve ark., 2013; Uğur, 2014). Kadınlar erkeklere oranla infertilite sorumluluğunu daha fazla yüklenmekte olup bu durum kadının yaşam kalitesini daha olumsuz etkilemektedir (Yeşiltepe, 2009; Kızılkaya ve Kaya, 2012; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). Yine kadının bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, aile tipi, çalışma durumu vb.) yaşam kalitesini etkilemektedir (Kuş, 2008; Drosdzol ve Skrzypulec, 2008; Bolsoy ve ark., 2010; Ramos ve ark., 2010; Pınar ve Zeyneloğlu, 2012; Esmailzadeh ve ark., 2013; Huppelschoten ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların yaşam kalitesi, erkeklere göre düşük bulunmuştur (Arslan ve ark., 2008; Modarres ve ark., 2008; Lau ve ark., 2008; Drosdzol ve Skrzypulec, 2008; Allison, 2010; Chachamovich ve ark., 2010; Ramos ve ark., 2010).

2.1.4.2. Primer İnfertilitenin Kadınların Depresyon Durumuna Etkisi

İnfertilite, çiftler için psikososyal durumu tehdit eden ve yönetilmesi zor olan durumsal bir krizdir (Muzik ve ark., 2009; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Yılmaz ve Oskay, 2015;

Seymenler ve Siyez, 2018). İnfertilite, sadece psikolojik olarak stresli ve finansal olarak maliyetli değil, aynı zamanda tanı-tedavi edici prosedürler ve kesin olmayan gebelik sonuçları nedeniyle çiftlerde fiziksel ve duygusal sıkıntılara neden olmaktadır (Taşçı ve Özkan, 2007; Kissi ve ark., 2013; Stocker, Hardingham ve Cheong, 2016; Chen ve ark., 2016). İnfertil kadınlarda anne olamama, infertil kalma süresinin uzunluğu, tedavi sonucunun negatif olması gibi değişkenlerden dolayı erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duyguları yaşanmaktadır (Teskereci, 2010; Bayram ve Beji, 2011; Devouche ve Alvarez, 2012; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Uğur, 2014; Poddar ve ark., 2014; Wischman ve ark., 2014; Alosaimi ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda infertil kadınların stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertillere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bayram ve Beji, 2011; Kargin ve Ünal, 2011; Galhardo ve ark., 2012; Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Kahyaoğlu ve Balkanlı, 2015).

2.1.4.3. Primer İnfertilitenin Kadınların Stresle Başa Çıkma Davranış Düzeyine Etkisi

Stres, bireyde fiziksel, psikolojik beklentiler oluşturan bir dış etken, eylem ya da olay sonucunda ve bireysel farklılık ve de psikolojik durumlarla ortaya çıkan bir uyum gösterme belirtisi olarak tanımlanabilir (Erden, 2015; Karahan, 2016; Kaba, 2019). Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan ve bireyin fizyolojik psikolojik dengesini ve yaşam kalitesini tehdit eden bir durumdur (Abdel Wahed ve Hassan, 2016; Duman, 2016; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017). Stres kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmekte ve bireyde çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Eskin ve ark., 2013; Kaba, 2019). Stres yaşayan bireyde baş ağrısı, yüksek tansiyon, sindirim sorunları, nefes almada güçlük, aşırı terleme gibi fiziksel belirtiler öfke, gergin, keyifsiz, alıngan, karamsar, kaygı gibi psikolojik belirtiler görülebilir (Demir, 2014; Şanal-Karahan, 2016).

Bir stresörün kişi tarafından ne şekilde algılandığı oldukça önemlidir (Özer, 2015). İnfertilite ve yardımcı üreme tedavileri, çiftlerde çok boyutlu stresörlerdir (Jose Miller ve ark., 2007; Dilbaz, 2010; Yılmaz ve Oskay, 2015). İnfertilite ve tedavisi kadın

ve erkeği bireysel olarak ve çift birlikteliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Dilbaz, 2010; Aydın, 2010; Lee, 2010).

İnfertilitede stresin kontrolü, stresi azaltmaya ve baş etmeyi arttırmaya yöneliktir (Abdel Wahed ve Hassan, 2016; Duman, 2016; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017). Stresle başa çıkmanın üç temel amacı vardır (Yaşar, 2008; Faramarzi ve ark., 2013). Bunlar:

- ✓Kısa vadede: stresi her yönüyle öğrenerek strese karşı etkin davranmak amacıyla izlenecek bütün yöntem ve kuralları öğrenmek,
- ✓Orta vadede: stresin zararlarını ve nedenlerini öğrenerek stresin belirtilerinin önceden farkına vararak stresin zararlı yönlerinin etkilemeyeceği bir yaşam biçimi şekillendirmek, stresin olumlu yönlerini gerektiği yerde kullanabilmek,
- ✓Uzun vadede: Stresin kontrol altına alındığı, huzur dolu, sağlıklı, düzen içerisinde ve verimli bir yaşam sürebilmektir.

Baş çıkma, bir çaba gösterme olup potansiyel stres verici durumu yönetmeye ilişkin bilişsel ve davranışsal çabaları içermektedir (Terzi, 2009). Stresle başa çıkma yolları 3 ana başlıkta ele alınmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2008):

1. Bedenle İlgili Yöntemler
 - a. Gevşeme Egzersizleri
 - b. Fiziksel Egzersiz
 - c. Beslenme
2. Zihinsel Yöntemler
 - a. Akılcı Olmayan İnançlar
 - b. Zihinsel Düzenleme Tekniği
3. Davranışçı Yöntemler
 - a. A tipi davranış biçiminin değiştirilmesi
 - b. Güvenli davranış biçiminin kazanılması
 - c. Zaman Yönetimi
 - d. Öfke Yönetimi

Başa çıkma yöntemleri, etkili ve etkisiz olmak üzere iki grupta toplanabilir (Kanbay, 2007; Hisli Şahin ve ark., 2009). Etkisiz başa çıkma yöntemleri; alkol ya da maddeye sığınma, saldırganlık, kaçma davranışları, içe kapanma, intihar ve depresyon (Kanbay, 2007; Güleç ve ark., 2011; Pedro, 2015) iken etkili başa çıkma ise; solunum egzersizleri, spor, çeşitli gevşeme yöntemleri, doğru beslenmeyi içerisine alan bedene yönelik yöntemler (yoga, meditasyon v.b), stres yaratan durumları kendini geliştirme olarak algılama, duygularını başkaları ile paylaşma, duygularını açıkça ifade edebilmeyi içeren duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ve zamanı iyi kullanma, sosyal destekten yararlanma, iletişim becerilerini geliştirme, problem çözme becerilerini geliştirmeyi kapsayan durumlardır (Rashidi ve ark., 2011; Ozan ve Okumuş, 2013; Şen ve Sevil, 2016; Mamuk ve Kızılkaya Beji, 2017). İnsanların infertilite gibi stresli veya zor durumlarla karşılaştıklarında kullandıkları iki temel başa çıkma stratejisi vardır. Problem odaklı başa çıkma, kişinin stresli durumu tanımladığı ve bunun üstesinden gelmek için etkin adımlar attığı stratejidir. Duygu odaklı başa çıkmada ise, kişi durumla uğraşmak veya durumu değiştirmekten çok durumu çevreleyen duygularla uğraşmaya odaklanma eğilimindedir (Hefferon ve Boniwell, 2014). Duygu odaklı başa çıkma, başkalarına yönelme ve sosyal destek arayışı içinde olmayı içerir. Bu tür başa çıkma, kişinin mevcut durumu görmezden gelmesini ve problem çözmek adına herhangi bir etkileşimden kaçınmasını içerir (Peterson ve ark., 2008; Crawshaw, 2010; Rashidi ve ark., 2011; Ozan ve Okumuş, 2013; Hefferon ve Boniwell, 2014; Şen ve Sevil, 2016). Yapılan çalışmalar infertil çiftlerin stresli durumlarda daha fazla etkisiz başa çıkma yöntemlerine başvurduklarını göstermektedir (Afleksair ve Zarei, 2013; Yılmaz ve Oskay, 2015).

2.1.5. Primer İnfertilitede Ebenin Sorumlulukları

Üreme ve cinsel sağlık tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutları içerdiği için bu konularda konuşmak zordur (Dehlendorf ve Rinehart, 2010; Hall ve ark., 2012; Beji ve Kaya, 2012). Bu nedenle üreme ve cinsel sağlığını ilgilendiren konularda klinik, eğitim ve danışmanlık süreçlerinde bireylere ve gruplara yönelik iletişim stratejileri çok önemlidir (Kamel, 2010; Hall ve ark., 2012). İnfertil bireyler bakımın iyileştirilmesinde sağlık

bakım profesyonelleri ile açık iletişim kanallarına, nitelikli bilgi edinmeye, gerçekçi umudu aşılarmaya, güçlenmeye, bakım hizmetlerinin erişilebilirliğine tutarlı ve açık bir bakım yaklaşımına ihtiyaç duymaktadırlar (Van Empel ve ark., 2010; Roudsari ve Allan, 2011; Cunningham ve Cunningham, 2013). İnfertil birey merkezli bakımda her bireyin özgünlüğüne, kişisel tercihlerine ve değerlerine saygılı olmak en az bakım vermek kadar önemlidir (Roudsari ve ark., 2007; Coşkun ve ark., 2009; Akgün ve Boz, 2019).

İnfertilite kliniklerinde ebenin de içinde bulunduğu multidisipliner bir ekip görev almaktadır. İnfertil çiftin değerlendirilmesinde ebe, öykü alınması, planlanan tedavinin uygulanması, yardımcı üreme tedavisi işlemlerine yardım, girişimsel işlemlere bağlı komplikasyonların önlenmesi, vaka yöneticiliği, infertilite danışmanlığı, hasta eğitimi, ekip içinde koordinasyon sağlama, araştırma ve hasta hakları savunuculuğu gibi görevleri üstlenir (Beji ve Kaya, 2012; Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015). İnfertilite kliniklerinde çalışan ebeler eğitim ve danışmanlık rollerini aktif bir şekilde kullanarak, infertil bireylerin yaşadığı psikolojik sorunları erken dönemde fark ederek, ebelik girişimlerini uygulamalıdır (Van den Broeck ve ark., 2010; Koçak ve Büyükkayacı Duman, 2016).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, tanımlayıcı araştırma özelliğindedir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Çalışma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet vermekte olan Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (Tüp Bebek Ünitesi) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Gebe Odası'nda yapılmıştır.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi (ÜYTM): ÜYTM 2015 yılından itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Randevu sistemi ile çalışmaktadır. Randevuları sekreterlik vermektedir. Kabul edilen her hastaya ÜYTM infertilite değerlendirme formu doldurularak dosya numarası verilmektedir. Dosyası hazırlanan hastalara, siklusun 2-3. gününde infertilite polikliniklerinde muayene yapılmaktadır. Poliklinikte yapılan işlemler arasında hasta muayenesi, servikal kültür, ovulasyon indüksiyonu, İntrauterin İnseminasyon (IUI), İn Vitro Fertilizasyon (IVF), gebelik takibi (tedavi sonrası gebelikler) yer almaktadır. Tedavi planı belirlenen hastaların eğitimleri infertilite hemşireleri tarafından verilmektedir. Merkezde 2 kadın doğum uzmanı, 2 hemşire, 1 embriyolog, 3 tane androlog, 1 sekreter bulunmaktadır. Hafta içi 8-17 saatleri arasında hizmet veren merkezde hafta sonları da hizmete devam edilmektedir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Gebe Odası: Hafta içi 8-17 saatleri arasında hizmet veren poliklinik, randevu sistemi ile çalışmaktadır. Poliklinik gebe odasında gebe muayenesi ve Non Stres Testi (NST) hizmeti 1 hekim, 1 hemşire veya 1 ebe tarafından verilmektedir. Gebe odasında NST cihazı, jinekolojik masa bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2017 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuru yapan 418 primer infertil kadın oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Literatürde depresyon ortalaması infertil kadınlar arasında 4.6 ± 2.9 , gebe kadınlar arasında ise 3.5 ± 2.1 olarak bildirilmiştir (Matsubayashi ve ark., 2001). Evreni temsil etmek üzere örneklem hacmi; $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, $1-\alpha=0,95$ güven aralığında, $\beta=0,20$ hata riski, $1-\beta=0,80$ güç ile 85 infertil kadın, 85 gebe kadın olmak üzere toplam kişi sayısı 170 olarak tespit edilmiştir. Aşağıdaki kriterlere uyan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Okur yazar olması,
2. En az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olması (infertil kadın için),
3. Evli olması,
4. 19-49 yaş aralığında olması,
5. Kronik fiziksel bir hastalığı olmaması,
6. Psikiyatrik bir hastalığı olmaması,
7. Nullipar olması (infertil olmayan kadın için),
8. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması (Ek 5).

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler:

1. Primer İnfertilite

Bağımlı Değişken:

1. Yaşam kalitesi düzeyi
2. Depresyon düzeyi
3. Stresle başa çıkma davranışları düzeyi

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), “Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği” (Ek 2), “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” (Ek 3) ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek I): Formda yaş, eğitim durumu, infertilite tedavisi, çocuk sahibi olamamaya verilen tepki vb. içeren toplam 21 soru bulunmaktadır.

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) (Ek II): FertiQol, Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çetinbaş ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan 36 soruluk ‘Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği’dir. Ölçek çekirdek ve tedavi modülü olmak üzere iki ana modülden oluşmaktadır. FertiQol, çekirdek olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili 10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren toplam 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Çekirdek modülde kişisel yaşam kalitesi ve kişiler arası yaşam kalitesi olmak üzere iki bölüm yer almaktadır. Ölçeğin ikinci ana modülü olan isteğe bağlı yaşam kalitesi tedavisi bölümü, tedavi boyunca yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.

✓“Çekirdek Modülü” 4 alt boyutu ve 24 maddeyi içermektedir;

- Duyusal alt boyut (4,7,8,9,16,23) yaşam kalitesi üzerinde negatif duyguların (kıskançlık, üzgün, depresyon gibi) etkisini gösteren 6 maddeden (4. soru ters puanlama),
- Zihin-Beden alt boyut (1,2,3,12,18,24) infertilitenin fiziksel sağlık, bilişsel ve davranışlar üzerine etkisini gösteren 6 maddeden,
- İlişkisel alt boyut (6,11,15,19,20,21) ilişkiler üzerinde fertilitate problemlerinin etkisini gösteren 6 maddeden (11,15 ve 21. sorular ters puanlama),
- Sosyal alt boyut (5,10,13,14,17,22) ise sosyal etkileşimlerin fertilitate problemlerinden ne boyutta etkilendiğini gösteren 6 maddeden (14.soru ters puanlama) oluşmaktadır.

Kişisel yaşam kalitesi bölümü; duygusal (6 madde) ve zihin-beden (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup, toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Duygusal alt boyut hastanın genel olarak kısırlıkla ilgili olan olumsuz duygularının belirtilerini ne ölçüde yaşadıklarını ölçer (Örneğin; ‘Kısırlık sorununuz kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize neden oluyor mu?’). Zihin-beden alt boyutu kısırlık yüzünden hastanın olumsuz fiziksel belirtileri ve bilişsel veya davranışsal bozulmaları ne ölçüde yaşadığını ölçer (Örneğin; ‘Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?’). Kişiler arası yaşam kalitesi bölümü; ilişkisel (6 madde) ve sosyal (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup toplam 12 madden oluşmaktadır. İlişkisel alt boyut kısırlıktan dolayı hastanın ailevi ilişkisinin veya birlikteliğinin ne ölçüde etkilendiğini ölçer (Örneğin; “Doğurganlık sorunlarınıza rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?”). Sosyal alt boyut ise kısırlık yüzünden etkilenen sosyal etkileşimlerin ne ölçüde olduğunu değerlendirir (Örneğin; “Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?”).

Ölçeğin ikinci

✓“Tedavi Modülü” 2 alt boyutu ve 10 maddeyi içermektedir;

- Tedavi Çevresi alt boyutu (2,5,7,8,9,10) tedavinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin yaşam kalitesini ne boyutta etkilediğini gösteren 6 maddeden (2 ve 5. sorular ters puanlama),
- Tedavi Tolerasyonu alt boyutu (1,3,4,6) ise fertilitate tedavisinin bir sonucu olarak zihinsel ve fiziksel semptomların boyutunu ve günlük yaşam üzerindeki etkisini gösteren 4 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek 5’li Likert tipi cevaplar içermektedir. Yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten sağlanan puanlarla 0 ile 100 arasında puanlandırılır. FertiQol hayat kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının hesaplanmasında ölçeğin kılavuzunda yer alan standart skorlama yöntemi kullanılmıştır. Kılavuza göre bir alt boyuttan elde edilen ham puan 25 (standart sayı)/k (soru sayısı) ile

çarpılarak 0-100 arasında değişen ortalama skor elde edilir. Örneğin; duygusal alt boyut puanları Q4=0, Q7=3, Q8=2, Q9=2, Q16=3 ve Q23=2 olan bir vakanın alt boyut puan ortalamasının hesaplanması aşağıdadır; Q4 ters skorlanan bir madde olduğundan puanı 0 yerine 4 olacaktır. Buna göre alt boyut ham puanı $4+3+2+2+3+2=16$ olur. Standart hesaplama formülüne göre bu vakanın duygusal alt boyut puanı; $16*(25/6)=66,7$ dir. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Geçerlilik-güvenirlilik çalışması sonucunda Cronbach alfa katsayıları duygusal alt ölçek için 0.77, zihin/beden alt ölçeği için 0.77, ilişkisel alt ölçek için 0,64 ve sosyal alt ölçek için 0.66, tedavi çevresi için 0.75, tedavi tolerasyonu için 0.70 olarak ve ölçeğin genel cronbach alfa değeri 0,90 olarak bildirilmiştir (Çetinbaş ve ark., 2014). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı duygusal alt ölçek için 0.75, zihin/beden alt ölçeği için 0.84, ilişkisel alt ölçek için 0,81 ve sosyal alt ölçek için 0.70, tedavi çevresi için 0.76, tedavi tolerasyonu için 0.83 ve ölçeğin geneli için 0,92 olarak bulunmuştur.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Ek III): 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek toplumda ve hastane alanlarında kolaylıkla kullanılabilir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. HADÖ, 14 maddeden oluşmakta ve bireyin kendisi tarafından doldurulmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dörtlü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. HADÖ Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde

puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Eşik değer olarak 0-7 arası "Normal", 8-10 arası "Hafif", 11-14 arası "Orta", 15-21 arası "Ciddi" bir duygu durum bozukluğunu gösterir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. Geçerlik-güvenirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa katsayıları Anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0,77 bulunmuştur (Aydemir ve ark., 1997). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı Anksiyete alt ölçeği için 0.97, depresyon alt ölçeği için 0,98 bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK IV): Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan ölçek, kişinin stresli durumlarla karşılaştığında kullandığı yöntemleri ve düşünceleri ölçmektedir. 30 maddeden oluşan ölçek, 4'lü likert tipinde olup her bir maddeden alınan puan 0-3 arasında değişmektedir. Beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar;

Kendine güvenli yaklaşım 7 maddeden (8,10,14,16,20,23,26),

İyimser yaklaşım 5 maddeden (2,4,6,12,18),

Çaresiz yaklaşım 8 maddeden (3,7,11,19,22,25,27,28),

Boyun eğici yaklaşım 6 maddeden (5,13,15,17,21,24),

Sosyal destek arama yaklaşımı 4 maddeden (1,9,29,30) oluşmaktadır.

Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı problemi çözmeye yönelik olan aktif başa çıkma yollarıdır. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım duygulara yönelik olan pasif başa çıkma yollarıdır. Bu ölçekte, sosyal desteğe başvurma faktörünün hesaplanmasında 1. ve 9. madde ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam, soru sayısına bölünerek faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Ölçeğin toplam bir puanı yoktur. Her bir alt ölçek ortalama puanındaki artış, o baş etme yönteminin kişi tarafından daha sık kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin her bir alt ölçek için iç tutarlık kat sayısının; kendine güvenli yaklaşım için 0.80, iyimser yaklaşım için 0.68, çaresiz yaklaşım için 0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.70 ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0.47 olduğu belirlenmiştir. Beş alt ölçeğin güvenilirlik katsayıları 0.47 ile

0.80 arasında değişmekte olup ölçeğin bütününe yönelik güvenilirlik katsayısı 0.68 olarak saptanmıştır (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı kendine güvenli yaklaşım için 0.89, iyimser yaklaşım için 0.87, çaresiz yaklaşım için 0.85, boyun eğici yaklaşım için 0.70 ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0.69 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Çalışma kriterlerine uyan bireylere (okur yazar, evli, 19-49 yaş aralığında ve en az 6 aylık infertilite tedavi öyküsü olması, herhangi bir psikiyatrik ve fiziksel hastalığı olmaması, çalışmaya katılmaya gönüllü olması) araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren infertil ve gebe kadınlara araştırmada kullanılacak formlar ve bir zarf verilmiştir. İnfertil veya gebe kadın ayrı bir odaya alınmış, formları doldurması ve zarfa koyup ağzını kapatıp hazırlanan kutunun içine atması istenmiştir. Formların doldurulmasının yaklaşık 15-20 dakika süreceği belirtilmiştir. Çalışmadaki anketlerin ön uygulaması 36 kadın üzerinde yapılmış ve uygulama sonrası ankette gerekli düzenlemelere yer verilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, ölçümle elde edilmiş normal dağılım sağlayan veriler için ortalama ve standart sapma değerleri, normal dağılım sağlamayan veriler için medyan ve min-max değerleri, sayımla elde edilmiş veriler için frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi, ölçümle elde edilen normal dağılım göstermeyen verilerin iki gruplu karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testi, sayımla elde edilmiş verilerin

incelenmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık 0.05 önem düzeyinde incelenmiş olup SPSS 23 versiyonundan yararlanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (karar no: 2018-04/14) ve çalışmanın yapıldığı kurumdan (93596471-044-E.5583 sayılı) yazılı izin alınmıştır. Bilgilendirilmiş olur formunu onaylayan kadınlar araştırmada yer almıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Araştırmada gönüllülük esasına göre katılan kadınlara onam formu okutularak yazılı izinleri alınmıştır (Ek 5).

4. BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik ve Gebelikten Korunmaya Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n:170)

Sosyo-Demografik ve Gebelikten Korunmaya Yönelik Özellikler	Gebelik Durumu		U/ p
	İnfertil Kadın(n:85) $\bar{X}\pm Sd$	Nullipar Kadın(n:85) $\bar{X}\pm Sd$	
Yaş	35,40±6,21	28,85±5,55	1590,500/0,001*
Evlilik süresi	11,48±6,39	6,18±4,71	1796,000/0,001*
Gebelikten korunma yöntemi kullanım süresi	1,77±0,72	1,80±0,72	697,000/0,857
	n(%)	n(%)	χ^2 / p
Aile yapısı			
Çekirdek	73(85,9)	70(82,4)	0,170/0,675
Geniş	12(14,1)	15(17,6)	
Eğitim durumu			
İlköğretim	29(34,1)	22(25,9)	2,207/0,319
Lise	41(48,2)	41(48,2)	
Üniversite	15(17,6)	22(25,9)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	28(32,9)	40(47,1)	3,505/0,061
Çalışmıyor	57(67,1)	45(52,9)	
Gelir durumu			
Düşük	8(9,4)	0(0,0)	-
Orta	53(62,4)	51(60,0)	
Yüksek	24(28,2)	34(40,0)	
Gebelikten korunma yöntemi kullanımı			
Kullanan	31(36,5)	46(54,1)	5,334/0,021*
Kullanmayan	54(63,5)	39(45,9)	

Mann-Whitney U test; Kikare Test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 1’de kadınların bazı sosyo-demografik (yaş, evlilik süresi, aile yapısı, eğitim, çalışma ve gelir durumu) ve gebelikten korunmaya yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerden yaş ve evlilik süresi, gebelikten korunma yöntemi kullanımı açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş değerleri ve evlilik süresi infertil kadın grubunda, gebelikten korunma yöntemi kullanımı ise nullipar kadın grubunda anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Sosyo-demografik diğer özellikler (aile yapısı, eğitim, çalışma ve gelir durumu) açısından değişkenler arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 2: Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n:85)

İnfertiliteye Yönelik Özellikler	İnfertil Kadınlar X±Sd	
İnfertilite süresi (yıl)	10,80±6,19	
İnfertilite tedavi süresi (yıl)	8,84±5,86	
İnfertilite negatif sonuç sayısı	2,16±1,45	
	n	%
İnfertilite nedenleri		
Kadına ait nedenler	19	22,4
Erkeğe ait nedenler	2	2,4
Nedeni bilinmiyor	54	63,5
Hem kadına hem erkeğe ait nedenler	10	11,8
İnfertilite yönelik tedavi alma		
Tedavi alan	85	100,0
İnfertiliteye yönelik kullanılan tedavi yöntemleri		
Hormon tedavisi	26	30,6
Aşılama	4	4,7
Aşılama ve hormon tedavisi	28	32,9
Aşılama, hormon, tubal operasyon	17	20,0
IVF, hormon, tubal operasyon	10	11,8
İnfertiliteye yönelik tedavi yöntemi sonucu		
Negatif	85	100,0
İnfertiliteye yönelik verilen tepki*		
İnkar	18	21,2
Öfke	19	22,4
Umutsuz	20	23,5
Tedavi arayışında	16	18,8
Suçluluk hissi	5	5,9
Hayal kırıklığı	7	8,2
Eşle aradaki ilişkiden memnuniyet düzeyi		
Çok memnun	8	9,4
Memnun	62	72,9
Kararsız	10	11,8
Memnun değil	2	2,4
Hiç memnun değil	3	3,5
İnfertilite nedeniyle eşin ayrılma düşüncesi		
Var	6	7,1
Yok	79	92,9
İnfertilite nedeniyle daha çok tepki alınan kişi		
Eş	61	71,8
Eşin ailesi	24	28,2
Sosyal arkadaş	0	0,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2 (Devamı): Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n:85)

İnfertiliteye Yönelik Özellikler	İnfertil Kadınlar	
	n	%
İnfertilite nedeniyle alınan tepki		
Anlayışlı ve destekleyici	57	67,1
Eleştirel ve küçümseyici	28	32,9
İnfertilite nedeniyle psikolojik destek alma		
Almayan	36	42,4
Alan	49	57,6
İnfertilite nedeniyle psikolojik destek alınan yer/kişi		
Hekim	44	89,8
Alternatif bir yöntem (yoga, meditasyon)	5	10,2
Toplam	49	100,0

Tablo 2’de kadınların infertiliteye yönelik bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların infertilite süresi ortalaması $10,80\pm 6,19$, infertilite tedavi süresi ortalaması $8,84\pm 5,86$, infertilite negatif sonuç sayısı ortalaması ise $2,16\pm 1,45$ ’dir. İnfertil kadınların %63,5’inin infertilite nedeni bilinmemekte, tamamı infertiliteye yönelik tedavi almakta, %30,6’sı hormon tedavisini, %32,9’u aşılama ve hormon tedavisini kullanmaktadır. Tamamında infertilite tedavi sonucu negatif sonuçlanmış olup çoğunluğu infertiliteye inkar ederek, öfke duyarak, umutsuzluğa kapılarak ve tedavi arayışına girerek tepki göstermektedir. İnfertil kadınlarda; eşle ilişkiden memnuniyet düzeyi ve infertilite nedeniyle eşten alınan anlayışlı ve destekleyici tepki yüksek, eşin ayrılma düşüncesi düşüktür. İnfertilite nedeniyle kadınların yarısından fazlası hekimden psikolojik destek almaktadır (Tablo 2).

Tablo 3: Kadınlarda DSYKHKÖ, HADÖ ve SBÇTÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ölçekler	Gruplar		U/ p
	İnfertil Kadın (n:85)	Nullipar Kadın (n:85)	
	Medyan(Min-Max)	Medyan(Min-Max)	
**DSYKHKÖ	38,55(0,00-64,58)	-	
***+DAB	25,00(0,00-54,17)		
****+ZBAB	25,00(0,00-58,33)		
*****İAB	66,67(0,00-95,83)		
*****SAB	33,33(0,00-62,50)		
*****TÇAB	54,17(29,17-91,67)		
*****TTAB	31,25(0,00-68,75)		
***HADÖ			
***+HAD-A	14,00(5,00-21,00)	0,00(0,00-4,00)	45,000/0,001*
***+HAD-D	14,00(0,00-21,00)	0,00(0,00-3,00)	47,000/0,001*
***SBÇTÖ			
***+KGY	1,71(1,00-3,00)	2,85(2,00-3,00)	24,523/0,001*
***+İY	1,60(0,00-2,00)	2,80(2,00-3,00)	63,000/0,001*
***+ÇY	2,00(1,00-3,00)	0,60(0,00-1,00)	50,500/0,001*
***+BEY	2,66(2,00-3,00)	1,50(0,00-2,00)	2188,000/0,001*
***+SDAY	2,00(1,00-3,00)	1,85(0,00-3,00)	2061,000/0,061

Mann-Whitney U test; Kikare Test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *DAB: Duygusal Alt Boyut; ****ZBAB: Zihin-Beden Alt Boyut; *****İAB: İlişkisel Alt Boyut; *****SAB: Sosyal Alt Boyut; *****TÇAB; Tedavi Çevresi alt boyutu; *****TTAB: Tedavi Tolerasyonu alt boyutu; ***HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ***+HAD-D: Hastane Anksiyete Alt Boyut; ****+HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ****SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ****+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ****+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; ****+SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 3'te kadınlarda DSYKHKÖ, HADÖ ve SBÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortancaları verilmiştir. İnfertil ve nullipar kadınlar arasında HADÖ ve SBÇTÖ alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi oldukça düşük (38,55) olmakla birlikte alt boyutlardan sadece İAB ve TÇAB düzeyleri hafif yüksektir. İnfertil kadınlarda HAD-A ve HAD-D ortancaları nullipar kadınlara göre oldukça yüksektir. İnfertil kadınlarda SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY, nullipar kadınlarda ise KGY, İY daha fazla kullanılmaktadır ($p<0,05$). İnfertil kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden orta düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında pasif başa çıkma yollarını (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) kullanmaktadırlar. Buna karşın nullipar kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden normal olup stresli durumlarda aktif başa çıkma yollarına (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) başvurmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4: Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=170)

Ölçekler	Gruplar			
	İnfertil Kadın (n:85)		Nullipar Kadın (n:85)	
	r	p	r	p
DSYKHKÖ - *HAD-D	-0,162	0,168	-	
***SBÇTÖ - **DSYKHKÖ				
***+KGY	0,315	0,110		
***+İY	0,310	0,064		
****+ÇY	-0,112	0,008*		
*****BEY	-0,222	0,041*		
*****SDAY	-0,046	0,678		
***SBÇTÖ - ***HAD-D				
***+KGY	-0,140	0,201	0,170	0,120
***+İY	-0,426	0,070	0,226	0,067
****+ÇY	0,549	0,000*	-0,035	0,751
*****BEY	0,408	0,000*	-0,107	0,331
*****SDAY	0,137	0,212	0,142	0,196

Spearman Korelasyon Analizi; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ***SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ***KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ***İY: İyimser Yaklaşım; ****ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; *****SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 4'te primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları ile ilişkisi verilmiştir. İnfertil ve nullipar kadınlar arasında HAD-D ve SBÇTÖ alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi azaldıkça depresyon risk düzeyi artmakta, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yollarının kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi azalmakta, depresyon risk düzeyi yükselmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5: Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=170)

Ölçekler	Sosyo-Demografik Özellik Yaş	İnfertil Kadın (n:85) r / p	Nullipar Kadın (n:85) r / p
**DSYKHKÖ (Genel)		-0,242/0,026*	-
***HADÖ ***+HAD-D		0,532/0,000*	0,008/0,939
SBÇTÖ ***+KGY ***+İY *+ÇY *****BEY *****SDAY		0,002/0,985 -0,394/0,068 0,171/0,018* 0,277/0,010* 0,054/0,621	0,190/0,082 0,089/0,418 0,043/0,695 0,052/0,640 -0,107/0,328
Ölçekler	Evlilik süresi	r / p	r / p
**DSYKHKÖ		-0,272/0,012*	
***HADÖ ***+HAD-D		0,536/0,000*	0,047/0,667
SBÇTÖ ***+KGY ***+İY *+ÇY *****BEY *****SDAY		-0,125/0,254 -0,426/0,070 0,259/0,017* 0,291/0,007* 0,070/0,526	0,135/0,218 0,106/0,332 0,111/0,311 0,056/0,610 -0,018/0,869

Spearman Korelasyon Analizi; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ***+HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ***SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ***+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ***+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; *****SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 5'te kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine (yaş, evlilik süresi) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları ile ilişkisi verilmiş, HAD-D ve SBÇTÖ alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertil kadınlar arasında yaş ve evlilik süresi yükseldikçe depresyon risk düzeyi ve SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY pasif başa çıkma yolları kullanımı artmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca yaş ve evlilik süresinin yükselmesi infertil kadınlarda yaşam kalitesi düzeyini düşürmektedir.

Tablo 5 (Devamı): Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=170)

Ölçekler	Sosyo-demografik Özellikler	İnfertil Kadın (n:85)			Nullipar Kadın (n:85)		
		n	Medyan(Min-Max)	KW-H /p	n	Medyan(Min-Max)	KW-H /p
Eğitim durumu							
**DSYKHKÖ (Genel)	İlköğretim	29	32,29(0,00-47,92)	13,677/0,001*			
	Lise	41	39,59(11,46-64,58)				
	Üniversite	15	40,63(0,00-54,17)				
***HADÖ ***+HAD-D	İlköğretim	29	15,00(0,00-21,00)	18,800/0,001*	22	0,00(0,00-1,00)	1,600/0,441
	Lise	41	13,00(7,00-19,00)		41	0,00(0,00-3,00)	
	Üniversite	15	10,00(5,00-17,00)		22	0,00(0,00-1,00)	
****SBÇTÖ ****+KGY	İlköğretim	29	1,57(0,00-2,00)	10,223/0,006*	22	2,85(1,00-3,00)	7,100/0,077
	Lise	41	1,71(0,00-2,00)		41	2,00(1,00-3,00)	
	Üniversite	15	2,00(1,00-3,00)		22	3,00(2,00-3,00)	
****+İY	İlköğretim		1,20(0,00-2,00)	20,632/0,001*		2,80(2,00-3,00)	0,142/0,931
	Lise		1,60(0,00-2,00)			2,80 (2,00-3,00)	
	Üniversite		2,20(1,00-3,00)			2,80 (2,00-3,00)	
****+ÇY	İlköğretim		2,00(1,00-3,00)	3,956/0,037*		0,75(0,00-2,00)	2,480/0,289
	Lise		2,00(1,00-3,00)			0,62(0,00-1,00)	
	Üniversite		1,55(1,00-3,00)			0,56(0,00-1,00)	
****+BEY	İlköğretim		1,83(1,00-3,00)	7,700/0,021*		1,50(0,00-2,00)	2,580/0,275
	Lise		1,66(0,00-2,00)			1,33(0,00-2,00)	
	Üniversite		1,50(0,00-2,00)			1,41(0,00-2,00)	
****+SDAY	İlköğretim		2,00(0,00-3,00)	0,889/0,641		1,75(0,00-2,00)	4,461/0,107
	Lise		2,00(1,00-3,00)			1,75(1,00-3,00)	
	Üniversite		2,00(1,00-3,00)			1,62(1,00-3,00)	

Kruskal Wallis H test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı; **DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; ***HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ****HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ****SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ****+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ****+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; ****+SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 5 (Devamı): Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=170)

Ölçekler	Sosyo-demografik Özellikler	İnfertil Kadın (n:85)			Nullipar Kadın (n:85)		
		n	Medyan(Min-Max)	U/ p	n	Medyan(Min-Max)	U/ p
Çalışma durumu							
**DSYKHKÖ	Çalışıyor	28	41,15(0,00-60,42)	598,550/0,062			
	Çalışmıyor	57	37,50(0,00-64,58)				
***HADÖ	Çalışıyor	28	10,20(0,00-17,00)	339,566/0,001*	40	0,00(0,00-3,00)	823,588/0,207
***+HAD-D	Çalışmıyor	57	15,00(7,00-21,00)		45	0,00(0,00-1,00)	
****SBCTÖ	Çalışıyor	28	1,85(1,00-3,00)	552,000/0,021*	40	3,00(2,00-3,00)	734,522/0,127
****+KGY	Çalışmıyor	57	1,71(0,00-3,00)		45	2,85(1,00-3,00)	
****+İY	Çalışıyor		1,80(0,00-3,00)	477,541/0,002*		2,80(2,00-3,00)	875,540/0,821
	Çalışmıyor		1,40(0,00-2,00)			2,80(2,00-3,00)	
****+ÇY	Çalışıyor		1,62(0,00-3,00)	540,570/0,016*		0,50(0,00-1,00)	790,000/0,321
	Çalışmıyor		2,12(1,00-3,00)			0,62(0,00-2,00)	
****+BEY	Çalışıyor		1,66(0,00-3,00)	488,000/0,003*		1,41(0,00-3,00)	800,621/0,374
	Çalışmıyor		1,83(1,00-3,00)			1,50(1,00-3,00)	
****+SDAY	Çalışıyor		2,00(1,00-3,00)	746,000/0,621		1,75(1,00-3,00)	826,599/0,506
	Çalışmıyor		2,00(1,00-3,00)			1,75(1,00-3,00)	

Mann-Whitney U test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ****+HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ****SBCTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ****+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ****+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; ****+SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 5’de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine (eğitim ve çalışma durumu) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları ile ilişkisi verilmiş, HAD-D ve SBÇTÖ alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertil kadınlar arasında eğitim düzeyi ve çalışma durumu arttıa depresyon risk düzeyi azalmakta ve SBÇTÖ leği alt boyutlarından KGY ve İY daha fazla Y ve BEY daha az kullanılmaktadır ($p<0,05$). Üniversite mezunu ve çalışan infertil kadınlar depresyon yönünden hafif düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında aktif başa çıkma yollarını (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) yüksek düzeyde, pasif başa çıkma yollarını (aresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) ise en düşük düzeyde kullanmaktadırlar ($p<0,05$). Ayrıca alışmayan ve eğitim düzeyi ilköğretim olan infertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi düşüktür ($p<0,05$). Sosyo-demografik diğer özelliklere (aile yapısı, gelir durumu) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6: Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=85)

Ölçekler	İnfertiliteye Yönelik Özellikler İnfertilite süresi	İnfertil Kadın (n:85) r / p
** *** **** ***** ***** ***** ***** *****	DSYKHKÖ HADÖ ***+ HAD-D SBÇTÖ ****+ KGY ****+ İY ***** ÇY ***** BEY ***** SDAY	-0,243/0,025* 0,536/0,000* -0,104/0,044* -0,426/0,000* 0,232/0,032* 0,294/0,006* 0,073/0,507
Ölçekler	İnfertilite tedavi süresi	r / p
** *** **** ***** ***** ***** *****	DSYKHKÖ HADÖ ***+ HAD-D SBÇTÖ ****+ KGY ****+ İY ***** ÇY ***** BEY ***** SDAY	-0,189/0,054* 0,542/0,000* -0,087/0,029* -0,409/0,000* 0,244/0,024* 0,298/0,000* 0,071/0,516
Ölçekler	İnfertilite negatif sonuç sayısı	r / p
** *** **** ***** ***** ***** *****	DSYKHKÖ HADÖ ***+ HAD-D SBÇTÖ ****+ KGY ****+ İY ***** ÇY ***** BEY ***** SDAY	-0,221/0,042* 0,457/0,000* -0,157/0,050* -0,395/0,000* 0,177/0,005* 0,224/0,039* 0,012/0,910

Spearman Korelasyon Analizi; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ****HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; *****SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ****+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ****+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; ****+SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 6’da kadınların infertiliteye yönelik bazı özelliklerine (infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları ile ilişkisi verilmiş, DSYKHKÖ, HAD-D ve SBÇTÖ toplam ve alt boyut puanları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6 (Devamı): Kadınların İnfertiliteye Yönelik Bazı Özelliklerine Göre Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesi, Depresyon Durumları ve Stresle Başa Çıkma Davranışları ile İlişkisi (n=85)

Ölçekler	İnfertiliteye Yönelik Özellikler	İnfertil Kadın (n:85)		
		n	Medyan(Min-Max)	U/ p
İnfertilite nedeniyle alınan tepki				
**DSYKHKÖ	Anlayışlı ve destekleyici	57	39,59(0,00-64,58)	549,522/0,021*
	Eleştirel ve küçümseyici	28	37,50(0,00-43,75)	
***HADÖ ***+HAD-D	Anlayışlı ve destekleyici	57	12,00(0,00-19,00)	509,500/0,007*
	Eleştirel ve küçümseyici	28	15,00(7,00-21,00)	
****SBÇTÖ ****+KGY	Anlayışlı ve destekleyici	57	1,85(1,00-3,00)	465,545/0,002*
	Eleştirel ve küçümseyici	28	1,50(0,00-3,00)	
****+İY	Anlayışlı ve destekleyici	28	1,60(1,00-3,00)	445,000/0,001*
	Eleştirel ve küçümseyici		1,20(0,00-2,00)	
****+ÇY	Anlayışlı ve destekleyici	28	1,87(1,00-3,00)	544,000/0,017*
	Eleştirel ve küçümseyici		2,12(1,00-3,00)	
****+BEY	Anlayışlı ve destekleyici	28	1,66(0,00-3,00)	461,500/0,001*
	Eleştirel ve küçümseyici		1,83(1,00-3,00)	
****+SDAY	Anlayışlı ve destekleyici	28	2,00(1,00-3,00)	719,544/0,454
	Eleştirel ve küçümseyici		2,00(1,00-3,00)	
İnfertilite nedeniyle psikolojik destek alma				
**DSYKHKÖ	Almıyor	36	37,51(0,00-60,42)	708,000/0,022*
	Alıyor	49	39,59(0,00-64,58)	
***HADÖ ***+HAD-D	Almıyor	36	15,00(0,00-21,00)	489,566/0,001*
	Alıyor	49	11,50(5,00-17,00)	
****SBÇTÖ ****+KGY	Almıyor	36	1,48(1,00-3,00)	787,000/0,085*
	Alıyor	49	1,71(0,00-3,00)	
****+İY	Almıyor	28	1,10(1,00-3,00)	468,500/0,001*
	Alıyor		1,40(0,00-3,00)	
****+ÇY	Almıyor	28	2,75(1,00-3,00)	598,544/0,011*
	Alıyor		1,12(1,00-3,00)	
****+BEY	Almıyor	28	2,66(2,00-3,00)	631,000/0,024*
	Alıyor		1,66(1,00-3,00)	
****+SDAY	Almıyor	28	2,00(1,00-3,00)	759,000/0,265
	Alıyor		2,00(1,00-3,00)	

Mann-Whitney U test; $\alpha:0,05$; *farklılık istatistiksel olarak anlamlı

DSYKHKÖ: Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği; *HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ****HAD-D: Hastane Depresyon Alt Boyut; ****SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; ****+KGY: Kendine Güvenli Yaklaşım; ****+İY: İyimser Yaklaşım; ****+ÇY: Çaresiz Yaklaşım; ****+BEY: Boyun Eğici Yaklaşım; ****+SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

Tablo 6’da kadınların infertiliteye yönelik bazı özelliklerine (infertilite nedeniyle alınan tepki, infertilite nedeniyle psikolojik destek alma) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları ile ilişkisi verilmiş, DSYKHKÖ, HAD-D ve SBÇTÖ toplam ve alt boyut puan ortancaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6). İnfertiliteye yönelik diğer özelliklere (infertilite nedenleri, infertilite yönelik tedavi alma, infertiliteye yönelik kullanılan tedavi yöntemleri, infertiliteye yönelik tedavi yöntemi sonucu, infertilite nedeniyle eşin ayrılma düşüncesi) göre primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesi, depresyon durumları ve stresle başa çıkma davranışları arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu kısımda, primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesine, depresyon durumlarına ve stresle başa çıkma davranışlarına etkisi ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Yaş kadın için infertiliteyi etkileyen önemli bir faktördür (Oltuluoğlu ve ark., 2012; Bose ve Roy, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu ülkemizde en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir (TÜİK, 2015). Literatürde fertilité hızının kadında 30 yaşından sonra düşmeye başladığı, yaş ile fertilité hızı arasında ters orantı olduğu vurgulanmaktadır (Amanak ve ark., 2014; Sezgin ve Hocoğlu, 2014). Ülkemizde, 100 infertil kadınla gerçekleştirilen bir çalışmada yaş ortalaması $35,95\pm 4,84$ 'tür (Yaylagülü, 2017). Literatürde infertil kadınlar ile yapılan çalışmaların bazılarında yaş ortalaması 35 yaş altında bulunurken (Aarts ve ark., 2011; Uğur, 2014; Çetinbaş, 2014; Dong ve Zhou, 2014; Zeren, 2016; İsmail ve Moussa, 2016; Bose ve Roy, 2017) bazı çalışmalarda ise 35 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur (Hsu ve ark., 2013; Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). Çalışmamızda ise infertil kadın grubunda yaş değerleri ($35,40\pm 6,21$), nullipar kadın grubuna ($28,85\pm 5,55$) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 1). Çalışmalardan elde edilen veriler bize infertil kadınlarda yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeni olarak infertilite sorununun yıllarca yaşanmasına rağmen gebe kadınların evliliklerinin 1-2 yılı içerisinde gebe kalmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

İnfertil çiftlerde evlilik süresi nullipar çiftlere göre daha uzundur (Bayram, 2009; Kırço, 2009; İsmail ve Moussa, 2016; Bose ve Roy, 2017). Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerin 5 yıl ve üzerinde evlilik süresine sahip olduğu belirlenmiştir (Bayram, 2009; Kırço, 2009; İsmail ve Moussa, 2016). Hindistan'da yapılan bir çalışmada primer infertil çiftlerde evlilik yılı ortalaması $3,25\pm 1,68$ olarak saptanmıştır (Bose ve Roy, 2017). Çalışmamızda ise infertil kadın grubunda evlilik süresi ($11,48\pm 6,39$), nullipar kadın grubuna ($6,18\pm 4,71$) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 1). Çalışmalar, evlilik süresinin infertil kadınlarda daha yüksek olmasında infertilite süresi ve tedavisinin etkisini düşündürmektedir.

Çocuk sahibi olmaya karar verme üreme sağlığı hakları arasında yer almaktadır (WHO 2018). Ülkemizde 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı, %70'tir. (TNSA 2018). Çalışmamızda ise

infertil kadın grubuna (%36,5) göre nullipar kadın grubunda (%54,1) gebelikten korunma yöntemi kullanımı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 1). Elde edilen verilerden evliliğin ilk yıllarında kadınların belli bir süre gebelikten korunma yöntemi kullandıkları daha sonra çocuk sahibi olmaya karar verme durumlarına göre yöntemi sonlandıkları sonucuna varılabilir.

İnfertilite; çiftlerin biyo-psiko-sosyal ve cinsel sağlıklarını etkileyen önemli bir kriz dönemidir (Martins ve ark., 2014; Yazdani ve ark., 2016; Patel ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda infertilite süresi ortalama 5 yıl civarında (Alibaşoğlu, 2010; Öztürk, 2011; Egelioglu Cetişli ve ark., 2014; Güleç Şatır ve Kavlak, 2016) olup infertilite tedavi süresi ortalaması 1-5 yıl arasında değişmektedir (Alibaşoğlu, 2010; Öztürk, 2011; Egelioglu Cetişli ve ark., 2014; Güleç Şatır ve Kavlak, 2016; Fata ve ark., 2016; Çavdar, 2017). Çalışmamızda ise kadınların infertilite süresi ortalaması $10,80\pm 6,19$, infertilite tedavi süresi ortalaması ise $8,84\pm 5,86$ olarak saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmamızda yer alan kadınların infertilite ve tedavi süresi diğer çalışmalardaki kadınların yaklaşık 2 katıdır.

İnfertilitenin nedenleri her zaman için çok açık değildir (Ünal ve ark., 2010; Tüzer ve ark., 2010; Heredia ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda infertilite nedenlerinin kaynağı değişkenlik göstermektedir (Ünal ve ark., 2010; Heredia ve ark., 2013). İnfertilite nedenleri; %40'ı kadına ait, %40'ı erkeğe ait, %10 hem kadın hem erkeğe ait nedenler ve %10'u açıklanamayan (nedeni belirlenemeyen) nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2002; Zegers-Hochschild ve ark., 2009; Moghadam ve ark., 2013; Tural ve Çelik, 2019). Yapılan bir çalışmada kadınların %88'inin infertilite nedenlerini bildiği, bu nedenlerin %45'inin kadına bağlı nedenler, %44'ünün ise erkeğe bağlı nedenler olduğu tespit edilmiştir (Yaylagülü, 2017). Kadın faktörlü infertilite oranı Hollanda'da yapılan bir çalışmada %27 bulunmuştur (Aarts ve ark., 2011). Başka bir çalışmada kadınların %62,5'inin infertilite nedeni açıklanamamaktadır (Çakır Güngör ve ark., 2015). Çalışmamız sonuçlarına göre ise Çakır Güngör ve arkadaşlarının (2015) çalışmasına benzer olarak infertil kadınların %63,5'inin infertilite nedeninin bilinmediği saptanmıştır (Tablo 2).

İnfertilite tedavisi öncelikle nedene göre planlanarak, infertilite eğer ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide ovulasyonun sağlanması için hormonal tedavi

yapılmaktadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). İnfertilite tedavisi alan kişilerden %85-95'i hormon tedavisi ya da cerrahi girişim gibi yöntemlerle, kalan %5-15'i ise InVitroFertilizasyon – Embriyo Transferi (IVFET) yöntemi ile tedavi edilmektedir (Öztürk, 2011; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Hotun-Şahin ve Bilgiç, 2015). Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre kadınların tamamı infertiliteye yönelik tedavi almakta, %30,6'sı hormon tedavisini, %32,9'u aşılama ve hormon tedavisini kullanmaktadır (Tablo 2).

İnfertilite, hem kadını hem erkeği ilgilendiren ve psikososyal boyutu da olan üreme sağlığı sorunu olup çiftleri fiziksel, psikolojik ve maddi olarak etkileyen zor ve uzun bir süreçtir (Uğur, 2014; Sünger, 2018). Keskin ve Babacan Gümüş'ün (2014) infertil kadınların umutsuzluk düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada kadınlar, infertilitenin başta üzüntü olmak üzere, mutsuzluk, hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesi, eşinden ve ailesinden utanma, boşanmaktan korkma gibi etkilere neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ataman'ın gerçekleştirdiği çalışmada infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlara gebeliğin anlamı sorulduğunda çoğunluğun “mutluluk-sevinç” olarak ifade ettiği görülmektedir (Ataman, 2007). Çalışmamız bulgularında ise kadınların tamamında infertilite tedavi sonucu negatif sonuçlanmış olup çoğunluğu infertiliteye inkar ederek, öfke duyarak, umutsuzluğa kapılarak ve tedavi arayışına girerek tepki göstermektedir. İnfertil kadınlarda; eşle ilişkiden memnuniyet düzeyi ve infertilite nedeniyle eşten alınan anlayışlı ve destekleyici tepki yüksek, eşin ayrılma düşüncesi düşüktür. İnfertilite nedeniyle kadınların yarıdan fazlası hekimden psikolojik destek almaktadır (Tablo 2). Çalışma sonuçları bize kadınların infertilite nedeniyle fiziksel, psikolojik ve maddi olarak etkilendiklerini göstermektedir.

Yaşam kalitesi, kişinin yaşamında meydana gelen durumu, kültürel yapı ve değerleri içerisinde algılama ve hedefi, beklentisi, yaşam standartı ve hayata olan kaygısı ile ilgili değerlendirme şeklidir (WHO, 2012). Özellikle infertilitede sorumluluğu daha fazla yüklenen kadın bireylerde daha fazla psikiyatrik belirti görülür ve yaşam kalitesi daha olumsuz şekilde etkilenir (Allison, 2011). Yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda fertil kadınlara oranla yaşam kalitesi düzeyinin daha düşük düzey (Karabulut ve ark., 2013; Uğur, 2014; Direkvand-Moghadam ve ark., 2014) ve yaşam kalitesinde en düşük alt boyutun duygusal alt boyut olduğu saptanmıştır (Karabulut ve

ark., 2013; Uğur, 2014). Çalışmamızda ise infertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi oldukça düşüktür (38,55) ve alt boyutlardan sadece ilişkisel alt boyut ve tedavi çevresi alt boyut düzeyleri hafif yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 3). Çalışma sonuçları kadınların yaşam kalitelerinin infertilite nedeniyle oldukça olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Kadın, yaşam döngüsü içerisinde yaşadığı infertilite sorunu nedeniyle psikiyatrik hastalıklara daha yatkındır (Taşkın, 2016; Okyay ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar infertil kadınların eşlerine ve fertil kadınlara göre anksiyete, depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Boadi ve Asenta, 2017; Omani ve ark., 2017; Patel ve ark., 2018). Literatürde gebeler arasında anksiyete oranı %12-34 ve depresyon oranı ise %19-53 arasında değişmekte (Arslan ve ark., 2011; Çakır ve ark., 2011; Yücel, Çayır ve Yücel, 2013; Dağlar ve Nur, 2015; Hipwell, 2016; Onrat, 2018) iken infertil kadınlar arasında anksiyete oranı %15-70 arasında (Chietfairono ve ark., 2011; Yusuf, 2016), depresyon oranı %57.1 civarındadır (Behdani ve ark., 2008). Anksiyete ve depresyon düzeylerinin fertil ve infertil grupla karşılaştırıldığı çalışmalarda infertil grubun fertil gruba oranla anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur (Arab-Shaybani ve ark., 2012; Jamilian ve ark., 2012; Chi ve ark., 2016). Çalışmamızda infertil kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden orta düzey bir riske sahip olmalarına karşın nullipar kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden normaldir ($p<0,05$) (Tablo 3). Çalışma sonuçlarına göre infertil kadınların anksiyete ve depresyon yönünden fertil kadınlardan daha fazla risk altında olduğu söylenebilir.

İnfertilite çiftler için karmaşık bir yaşam krizi olup çiftlerin infertilite sorunu ile başa çıkma düzeyleri değişiklik göstermektedir (Kaplan, 2018). Yapılan çalışmalar infertil kadınlardaki stres oranının erkeklere göre belirgin olarak daha yüksek olduğunu kanıtlamaktadır (Devouche ve Alvarez, 2012; Wischman ve ark., 2014). Literatürde infertil kadınlar stresli bir durumda başa çıkma yöntemi olarak pasif başa çıkma yöntemlerini kullanmışlardır (Schmidt at al., 2005; Aflakseir ve Zarei, 2013; Özdemir, 2016). Yılmaz ve Oskay'ın çalışmasında (2015) kadınlar infertilite gibi stresli bir durumda başa çıkma yöntemi olarak işlevsel, aktif başa çıkma yöntemlerini kullanırken bizim çalışmamızda infertil kadınlar stresli durumla karşılaştıklarında pasif başa çıkma yollarına (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) başvurmuşlardır ($p<0,05$) (Tablo

3). Yapılan çalışmalardaki (Yılmaz ve Beji, 2010; Elkin, 2015) gibi çalışmamız sonuçlarında da fertil kadınların stresli durumlarda aktif başa çıkma yollarını (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) kullandığı belirlenmiştir.

İnfertilite, özellikle kadınlar için birçok problemi beraberinde getirmekte olup (Yeşiltepe ve ark 2010), yaşam kalitesi, psikolojik durum, sosyal durum ve evlilik ilişkisi gibi birçok değişken bu durumdan etkilenmektedir (Allison, 2011; Aarts ve ark., 2011; Karabulut ve ark., 2013; DüNDAR, 2013; Aydın ve Kızılkaya-Beji, 2013; Mousavi ve ark., 2013; Kahyaoglu-Sut ve Balkanlı-Kaplan 2015). Hem infertilite durumu hem de infertilite tedavisi için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve duygusal enerjisini tüketerek, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (Gülseren ve ark., 2006, Gürbüz, 2007, Albayrak ve Günay, 2007; Kargın ve Akyüz, 2010; Boivin ve ark., 2011; Kazandı ve ark., 2011; Valsangkar ve ark., 2011; Onat ve Kızılkaya Beji, 2012; Koçyiğit, 2012; Teskereci ve Öncel, 2013; İslimye ve ark., 2016). Psikoloji bozulan, depresif belirtileri yüksek olan infertil kadınlar arasında ise pasif stresle başa çıkma yöntemlerine başvuru fazladır (Tel ve Uzun, 2003; Kaya ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda fertil kadınlara göre depresyon risk düzeyi yüksek (Upkong ve Orji, 2006; Jamilian ve ark., 2012; Arab-Shaybani ve ark., 2012; Chi, ve ark., 2016), yaşam kalitesi düşük (Valsangkar ve ark., 2011; Zeyneloğlu, 2012; Onat ve Kızılkaya Beji, 2012; Teskereci ve Öncel, 2013) ve bu durumların sonucunda stresli durumlarda çaresiz, boyun eğici yaklaşım gibi pasif başa çıkma yöntemlerinin kullanımı artmıştır (Tel ve Uzun, 2003; Schmidt ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007; Özdemir, 2016). Çalışmamızda ise infertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi azaldıkça depresyon risk düzeyi artmakta iken SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY pasif başa çıkma yolları kullanımı artıkça yaşam kalitesi düzeyi azalmakta, depresyon risk düzeyi artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4). Bu sonuç H_1 , H_2 ve H_3 hipotezlerimizi desteklemektedir. Çalışma sonuçları bize stresli durumlarda pasif başa çıkma yöntemlerinin kullanımının yaşam kalitesinin düşüklüğü ve depresyon risk durumunun yüksekliğinde arttığını göstermektedir.

İnfertil kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler arasında kadının yaşı ve evlilik süresi gelmektedir (Oltuluoğlu ve ark., 2012; İsmail ve Moussa, 2016; Bose ve Roy, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2015) ülkemizde en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir. Literatürde fertilité hızının erkekte 40, kadında ise 30 yaşından sonra düşmeye başladığı, yaş ile fertilité hızı arasında ters orantı olduğu vurgulanmaktadır (Amanak ve ark., 2014; Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Yapılan çalışmalarda ileri yaşı ve evlilik süresinin uzamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Souter ve ark., 2016; İsmail ve Moussa, 2016; Bose ve Roy, 2017). Çalışmamız sonuçlarında da yaşı artması ve evlilik süresinin uzaması, infertil kadınlarda yaşam kalitesi düzeyini azaltmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5). Çalışmalardaki bulgular yaş arttıkça ve evlilik süresi uzadıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğüne dikkat çekmektedir.

Yaş ve evlilik süresinin artması infertil kadınlarda psikolojik rahatsızlık riskini artırmakta (Ogawa ve ark., 2011; Alhassan ve ark., 2014; Alhassan ve ark., 2014; Souter ve ark., 2016; Abbasi ve ark., 2016), infertilite ile baş etmede aktif yöntemlerin kullanımını azaltmaktadır (Altıntop ve Kesgin, 2018). Yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda yaş arttıkça (Ogawa ve ark., 2011; Ahmed ve Saad, 2015; Abbasi ve ark., 2016) ve evlilik süresi uzadıkça depresyon düzeyleri yükselmiştir (Erdem, 2012). Pakistan'da 100 infertil kadınla yapılan bir çalışmada kadınların depresyon düzeyleri ile yaşları, evlilik süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Abbasi ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada yaş ve evlilik süresinin artması kadınlarda infertilite ile baş etmede pasif yöntemlerin kullanımını artırmıştır (Altıntop ve Kesgin, 2018). Schmidt ve arkadaşları (2005) çalışmalarında infertil kadınların infertilite stresi ile başa çıkmada işlevsel olmayan, pasif baş etme mekanizmalarını kullandıklarını saptamışlardır. Çalışmamızda ise infertil kadınlar arasında yaş ve evlilik süresi yükseldikçe depresyon risk düzeyi ve SBCT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY pasif başa çıkma yolları kullanımı artmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 5). Çalışmalardaki sonuçlar bize infertil kadınlarda yaş arttıkça ve evlilik süresi uzadıkça depresyon düzeyinin yükseldiğine ve stresle başa çıkmada pasif yolların kullanıldığına işaret etmektedir.

İnfertil kadınlar için çalışma ve eğitim düzeyinin yükselmesi bir çeşit terapi özelliği göstermekte (Drosdzol ve Skrzypulec, 2009; Gameiro ve ark., 2012; Alhassan ve ark.,

2014), infertilite ile başa çıkmada aktif yöntemlerin kullanımını artırmaktadır (Özkan ve Baysal, 2006; Aflakseir ve Zarei, 2013). Bir çalışmada çalışan ve eğitim düzeyi yüksek infertil kadınlarda depresyon düzeyinin düşük olduğu, infertilite ile baş etmede aktif yöntemlerin kullanıldığı bulunmuştur (Özkan ve Baysal, 2006). Çalışmamız sonuçlarına göre ise üniversite mezunu infertil kadınlar depresyon yönünden hafif düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında aktif başa çıkma yollarını (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) yüksek düzeyde, pasif başa çıkma yollarını (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) ise en düşük düzeyde kullanmaktadırlar ($p<0,05$) (Tablo 5). Ayrıca Chachomovich'in (2007) yaptığı çalışmaya benzer olarak çalışmamızda da çalışmayan ve eğitim düzeyi ilköğretim olan infertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 5). Bu bulgular ışığında infertil kadınlarda çalışmanın ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının yaşam kalitesini artırdığı, depresyon düzeyini azalttığı, infertilite durumu ile başa çıkmada aktif yöntemlerin kullanıldığı söylenebilir.

İnfertilite bireylerde benlik saygısı ve özgüveni olumsuz etkilemekte ve etkilenme düzeyi infertilite süresi ile orantılı olarak artmaktadır (Chachomovich ve ark., 2010; Xin ve ark., 2013; Fata ve ark., 2016; Yaylagülü, 2017). İnfertil çiftler, toplumsal baskılarla birlikte tedavi sürecine uyum sağlamaya ve bu sorunla baş etmeye çalışmakta, umutsuzluk, sosyal desteğin yetersizliği gibi durumlar çiftlerin ruhsal semptomlar yaşamasına neden olmaktadır (Martins ve ark., 2014; Yazdani ve ark., 2016; Patel ve ark., 2018). Çalışmalar kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğünü (Upkong ve Orji, 2006; Teskereci, 2010; Pınar ve Zeyneloğlu, 2012; Peterson ve ark., 2014; Uğur, 2014; Santaro ve ark., 2016; Yaylagülü, 2017), depresyon düzeyinin yükseldiğini (Upkong ve Orji, 2006; Harata ve ark., 2012; Peterson ve ark., 2014), infertilite ile baş etmede pasif yöntem kullanımının arttığını göstermektedir (Altıntop ve Kesgin, 2018). Çalışmamızda da kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6). Çalışma sonuçlarına göre infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif

sonuç sayısı arttığında kadınların stresli durumla baş etmesi ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte ve depresyon yönünden riskli durum yükseltmektedir.

İnfertilite durumuyla baş etmede alınan psikolojik (hekim, yoga, meditasyon vb.) ve eş, aileden gelen destek önemlidir (Yanikkerem, 2008; Benli, 2010; Lee ve ark., 2010; Gameiro ve ark., 2015; Seymenler ve Siyez, 2018; Altıntop ve Kesgin, 2018; Massarotti ve ark., 2019). Eş ve aile desteği ile infertil kadınların depresyon, stres ve yalnızlık duygularında ciddi azalma olmaktadır (Yanikkerem, 2008; Benli, 2010; Lee ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında yaşam kalitesi düzeyi düşmekte (Sezgin ve Hocoğlu, 2014), depresyon risk düzeyi yükselmekte (Kuş, 2008), stresle başa çıkmada pasif başa çıkma yolları kullanımı artmaktadır (Altıntop ve Kesgin, 2018). Çalışmamızda ise kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6). Çalışma sonuçları alınan psikolojik ve ailevi desteğin yetersiz veya olumsuz olması durumunda yaşam kalitesi, depresyon ve baş etme sürecinin olumsuz etkilendiğini göstermesi açısından önemlidir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesine, depresyon durumlarına ve stresle başa çıkma davranışlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yaş değerleri ve evlilik süresi infertil kadın grubunda, gebelikten korunma yöntemi kullanımı ise nullipar kadın grubunda anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 1).
- Kadınların infertilite süresi ortalaması $10,80\pm 6,19$, infertilite tedavi süresi ortalaması $8,84\pm 5,86$, infertilite negatif sonuç sayısı ortalaması ise $2,16\pm 1,45$ 'dir. İnfertil kadınların %63,5'inin infertilite nedeni bilinmemekte, tamamı infertiliteye yönelik tedavi almakta, %30,6'sı hormon tedavisini, %32,9'u aşılama ve hormon tedavisini kullanmaktadır. Tamamında infertilite tedavi sonucu negatif sonuçlanmış olup çoğunluğu infertiliteye inkar ederek, öfke duyarak, umutsuzluğa kapılarak ve tedavi arayışına girerek tepki göstermektedir. İnfertil kadınlarda; eşle ilişkiden memnuniyet düzeyi ve infertilite nedeniyle eşten alınan anlayışlı ve destekleyici tepki yüksek, eşin ayrılma düşüncesi düşüktür. İnfertilite nedeniyle kadınların yarısından fazlası hekimden psikolojik destek almaktadır (Tablo 2).
- İnfertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi oldukça düşük (38,55) olmakla birlikte alt boyutlardan sadece İAB ve TÇAB düzeyleri hafif yüksektir. İnfertil kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden orta düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında pasif başa çıkma yollarını (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) kullanmaktadırlar. Buna karşın nullipar kadınlar depresyon ve anksiyete yönünden normal olup stresli durumlarda aktif başa çıkma yollarına (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) başvurmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 3).
- İnfertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi azaldıkça depresyon risk düzeyi artmakta, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yollarının kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi azalmakta, depresyon risk düzeyi yükselmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4).

- İnfertil kadınlar arasında yaş ve evlilik süresi yükseldikçe depresyon risk düzeyi ve SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY pasif başa çıkma yolları kullanımı artmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca yaş ve evlilik süresinin yükselmesi infertil kadınlarda yaşam kalitesi düzeyini düşürmektedir (Tablo 5).
- Üniversite mezunu ve çalışan infertil kadınlar depresyon yönünden hafif düzey bir riske sahip olup stresli durumla karşılaştıklarında aktif başa çıkma yollarını (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım) yüksek düzeyde, pasif başa çıkma yollarını (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) ise en düşük düzeyde kullanmaktadırlar ($p<0,05$). Ayrıca çalışmayan ve eğitim düzeyi ilköğretim olan infertil kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 5).
- Kadınlarda infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, infertilite negatif sonuç sayısı arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6).
- Kadınlarda infertilite nedeniyle psikolojik destek almama ve infertilite nedeniyle alınan eleştirel ve küçümseyici tepki varlığında yaşam kalitesi düzeyi düşmekte, depresyon risk düzeyi yükselmekte, SBÇT ölçeği alt boyutlarından ÇY ve BEY gibi pasif başa çıkma yolları kullanımı artmakta, KGY ve İY gibi aktif başa çıkma yolları kullanımı ise azalmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 6).

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda ebeler tarafından;

- İnfertil kadınların kendilerini rahat ve güvende hissettirecek ortamlarda, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, eş ve ailenin de sürece dahil edilmesi, verilecek eğitimlerle sürecin beraber planlanması,
- İnfertil kadınların konu hakkında konuşmaları için bireylerin cesaretlendirilmesi ve psikolojik olarak sürece hazırlanmasının sağlanması,
- Kadınlarda depresyon, anksiyete gibi sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerinin erken dönemde saptanması ve uygun girişimlerin planlanması, ilgili uzmanlara yönlendirilmesi,
- Kadınların stres düzeylerinin belirlenmesi, stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım gibi pasif başa çıkma yolları yerine aktif başa çıkma yollarını kullanmaları için uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Primer infertiliteye yönelik benzeri çalışmaların farklı örneklem grupları üzerinde uygulanarak kanıtların güçlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aarts JW, van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the dutch fertiqol. *Human Reproduction*, 2011; 26(5): 1112–1118.
- Abbasi S, Kousar R, Sadiq SS. Depression and anxiety in Pakistan infertile women. *Journal of Surgery Pakistan (International)*, 2016; 21(1): 13–17.
- Abdel Wahed WY, Hassan SK. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 2016; 53(1): 77–78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2016.01.005>.
- Abdella RM, Abdelmoaty HI, Elsherif RH, Sayed AM, Sherif NA, Gouda HM, et al. Screening for chlamydia trachomatis in Egyptian women with unexplained infertility, comparing real-time per techniques to standard serology tests: case control study. *BMC Women's Health*, 2015; 15(45): 1–8. Doi: 10.1186/s12905-015-0202-5.
- Adıgüzel FI, Adıgüzel C, Seyfettinoğlu S, Ürünsak İ.F. Açıklanamayan infertilite etiyolojisinde olası risk faktörü olarak herediter trombofilinin yeri. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2015; 11(4): 162–166.
- Aflakseir A, Zarei M. Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2013;14(4) :202.
- Ahmed MM, Saad NI. Screening of depression in infertile females attending infertility clinic in Egypt: a cross-sectional study. *European Journal of Preventive Medicine*, 2015; 3(6): 184–187.
- Akgün M, Boz İ. İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2019;16 (2): 170–175.
- Aksoy A, Yılmaz DV. Assessment of male infertility. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 2019;3(1): 09–21.
- Aktürk FS. Türk toplumunun yardımcı üreme tekniklerine bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.

- Albayrak E, Günay O. State and trait anxiety levels childless woman in Kayseri, Turkey. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2008; 12(4): 385–390.
- Algül Ö. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2013.
- Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka SA. Survey on depression among infertile women in Ghana. *Bmc Womens Health*, 2014; 14(1): 42.
- Alibaşoğlu H. İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010.
- Allan H, Mounce G. Managing infertility in primary care. *Practice Nursing*, 2015; 26(9): 440–443.
- Allison J. Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. *Med Anthropol Q*, 2011; 25(1): 1–21.
- Allison J. Contested change and choice: infertility in Ireland. *Journal of the Society for the Anthropology of Europe*, 2010; 10(2): 4–17.
- Alosaimi FDI, Altuwirqi MH, Bukhari M, Abotalib Z, BinSaleh S. Psychiatric disorders among infertile men and women attending three infertility clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*, 2015; 35(5): 359–367.
- Altıntop İ, Kesgin B. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. *The Journal of International Social Research*, 2018; 11(55): 756–766.
- Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014; 13(4): 345–350.
- Arab-Sheybani K, Janbozorgi M, Akyuz A. Admissibility investigation and validation of infertility distress scale (IDS) in Iranian Infertile Women. *Int J Fertil Steril* 2012; 6(1): 37–44.
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2011; 21(2): 79–84.

- Arslan H, Berkiten EA, Coşkuner PD, Çıtak BN. Evaluation of the relationship between sexual dysfunction and quality of life in infertile couples. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 2008; 18(6): 364–371.
- Arslan H, Ersoy Cingi M. Yardımcı üreme tekniklerinde etik sorunlar ve yasal düzenlemeler. *İnfertilite Hemşireliği Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul; Acar Basım ve Cilt San Tic AŞ, 2009, ss. 243–254.
- Arslan Öİ. Watson'ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, özyeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi*, İzmir, 2012.
- Ataman H. Doğal ve infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psikososyal bakım gereksinimleri. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2007.
- Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 30 (2): 81–85.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997; 8(4): 280–287.
- Aydın S, Kızılkaya–Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013; 10(2): 8–13.
- Aydın KB. Stresle başa çıkma. 2. Baskı, Ankara; Nobel Yayın Dağıtım, 2010, ss. 63–81.
- Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitapçığı, 24. Baskı, İstanbul; Remzi Kitabevi, 2010, ss. 82–84.
- Bankowski JB, Vlahos N. Infertility and there productiv etechnologies. *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*, Ankara; Atlas Kitapçılık, 2005, ss. 376–383.
- Bayram GO, Beji NK. İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır? *Androloji Bülteni*, 2011; 13(44): 51–53.
- Bayram GO. İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul, 2009.

- Behdani F, Mousavifar N, Hebrani P, Soltanifar A, Mohamadnejad M. Anxiety and mood disorders in infertile women referred to Montaserie infertility clinic in Mashhad, North–East Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*, 2008; 11: 15– 23.
- Belen S. The relationship between perceived quality of life and coping skills in individuals regarding fertility problems. Bogazici University Master of Arts in Educational Sciences, İstanbul, 2012.
- Benli S. İnfertil Kadınlarda depresyon ve anksiyete durumu ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010.
- Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 13. Baskı, Adana; Nobal Tıp Kitabevi, 2004.
- Bhatti F, Jeffery R. Girls' schooling and transition to marriage age and mother hood: exploring the path ways to young women's reproductive agency in Pakistan. *Comp Edu*, 2012; 48(2): 149–166.
- Boadi MO, Asante KO. Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *Bio Psycho Social Medicine*, 2017;11(1):20.
- Bodur NE, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013; 38(1): 51–62.
- Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment–seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 2007; 22(6): 1506–1512.
- Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta–analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 2011; 342: d223.
- Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQol) tool: development and general psychometric properties. *Hum Reprod*, 2011; 26(8): 2084–2091.
- Bolsoy N, Taspınar A, Kavlak O, Sirin A. Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2010; 39(2); 191–198.

- Bose S, Roy B. Birinci Kısır infertil çiftlerde doğurganlıkla ilgili yaşam kalitesi: Doğu Hindistan'dan karşılaştırmalı bir çalışma. *Uluslararası Hint Psikolojisi Dergisi*, 2017; 5 (1): 14–18.
- Bose S, Roy B. Fertility related quality of life in primary infertile couples: a comparative study from Eastern India. *The International Journal of Indian Psychology*, 2017; 5(1): 13–19.
- Cevrioğlu S. İnfertilitenin psikososyal yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10(1): 5–6.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2010; 31(2): 101–110.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Cordova FP, Fleck MP, Knauth DR, et al. Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive Health*, 2010; 7(1): 3.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth DR, Passos EP. Agreement on perceptions of quality of life in couples dealing with infertility. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 2010; 39(5): 557–565.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Fleck MP, Cordova FP, Knauth D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Hum Reprod*, 2009; 24(9) :2151–2157.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 2007; 22(7): 1946–1952.
- Chen D, Zhang JP, Jiang L, Liu H, Shu L, Zhang Q et al. Factors that influence in vitro fertilization treatment outcomes of Chinese men: a cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 2016; 32: 222–226.
- Chi HJ, Park IH, Sun HG, Kim JW, Lee KH. Psychological distress and fertility quality of life (FertiQoL) in infertile Korean women: the first validation study of Korean FertiQoL. *Clin Exp Reprod Med* 2016; 43: 174–180.

- Chiaffarino F, Baldini MP, Scarduelli C, Bommarito F, Ambrosio S, D'Orsi C, et al. Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian Infertility Department. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;158: 235–241.
- Crawshaw M. Assessing infertile couples for adoption: just what does “coming to terms with infertility” mean?, adopting after infertility: messages from practice, research and personal experience. London; Jessica Kingsley Publishers, 2010, ss. 68–88.
- Cunningham N, Cunningham T. Women’s experiences of infertility towards a relational model of care. *JOCN*, 2013; 22(24): 3428–3437.
- Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician*, 2011; 3(2): 37–40.
- Çavdar KN. İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- Çavuşoğlu İ. İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Çayan S, Kadioğlu A. Varikoselin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Türk Üroloji Dergisi*, 2005; 31(1): 57–63.
- Çetinbaş A, Dağdeviren HN, Öztora S, Çaylan A, Sezer, Ö. Doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun iç güvenilirlik analizi. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2014; 3(2): 105–110.
- Çetinbaş A. Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2014.
- Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2014; 36(4): 429–441.
- Dehlendorf C, Rinehart W. Communication in reproductive health: intimate topics and challenging conversations. *Patient Educ Couns*, 2010; 81(3): 321–323.

- Demir V. Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
- Demirci H. İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, İstanbul; Emek Matbaacılık, 2001, ss. 103–117.
- Devouche E, Alvarez S. First french national survey on lifestyle and toxic factors in infertile couples. *Gynecol Obstet Fertil* 2012; 40(12): 765–771.
- Direkvand – Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand – Moghadam A. Effect of infertility on the quality of life, a cross sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014; 8(10) : 13–15. Doi: 10.7860/JCDR/2014/8481.5063.
- Dilbaz S. Stres ve infertilite. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi, Antalya, 2010, ss. 145.
- Dohle GR, Zsolt K, Jungwirth A, Diemer T, Giwercman A, Krausz C. Erkek infertilitesinin tetkik ve tedavi kılavuzu, 2010.
- Dong Y, Zhou F. Comparison of fertility quality of life between urban and rural infertile couples. *Int J Clin Exp Med*, 2016; 9(5): 8664–8670.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2008; 13(3): 1–11.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2008; 13(3): 271–281.
- Duman S. Üniversite öğrencilerinde öznel iyi oluş ve benlik saygısının stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
- Durgun OY. Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2013.
- Dündar C. Dünyada ve Türkiye'de infertilite epidemiyolojisi. Erkek üreme sistemi hastalıkları ve tedavisi. İstanbul; İstanbul Tıp Kitapevi, 2013, ss. 177–198.

- Egelioglu N, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2014; 16(3): 38–47.
- El Kissi Y, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Idrissi KA, Khairi H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self–esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2013; 167(2): 185–189.
- Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*, 2015; 8(1): 26–30.
- Erdem K. İnfertil kadınlarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2012.
- Erden G. Devlet okullarında ve özel okullarda çalışan öğretmenlerin stres düzeyleri ile stresin faktörleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Eren N, oşar B, Erdem M. İnfertil iftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 2013; 38(1): 51–62.
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy, . Algılanan stres ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması: güvenirlilik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 2013; 51(3): 132–140.
- Faramarzi M, Pasha H, Esmaelzadeh S, Jorsarai G, Aghajani M, Abedi S, et al. Is coping strategies predictor of anxiety and depression in couple infertile? *Health*, 2013; 5(3): 643–649.
- Fata S, Aluş TM, Bağardı N, Yılmaz B. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana ocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, 2016, ss.157.
- Galhardo A, Cunha M, Pinto GJ, Matos M. The mediator role of emotion regulation processes on infertility – related stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2013; 20(4): 497–507.
- Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis–Jones C, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Hum Reprod*, 2015;30: 2476–2485.

- Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment a systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*, 2012; 18(6): 652–669.
- Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *DEÜHYO ED*, 2008; 1(1): 42–50.
- Göker TA, Koyuncu FM. İnfertil çiftlerde seksüel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst–Special Topics*, 2012; 5(2): 97–102.
- Guideline. Infertility. *Clinical Guideline Standard Infertility, Workup*, 2012.
- Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(3): 166–176.
- Güleç ŞD, Kavlak O. İnfertil bireylerin infertilite ile ilgili internet kullanma durumlarının incelenmesi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, 2016, ss. 41.
- Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal of Reproductive Medicine*, 2006; 51(5): 421–26.
- Güngör İ, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23(2): 152–159.
- Gürbüz ŞK. Evlilik uyumu ve depresif durumun in vitro fertilizasyon–embriyo transferi (İVFET) sonuçlarına etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, 2007.
- Gürgan T, Demirel A. İnfertil çiftin değerlendirilmesi. *Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, İstanbul; Medikal Yayıncılık*, 2006, ss. 79–89.
- Hall KS, Moreau C, Trussell J. Associations between sexual and reproductive health communication and health service use among U.S. adolescent women. *Perspect Sex Reprod Health*, 2012; 44(1): 6–12.
- Hefferon K, Boniwell. I. pozitif psikoloji kuram, araştırma ve uygulamalar. Ankara; Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
- Heredia M, Tenas JM, Rocio R, Amparo F, Calleja MA, Valenzuela JC. Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques.

- European Journal of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Biology, 2013; 167(2): 176–180.
- Hisli ŞN, Güler M, Basım NB. A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20(3): 243–254.
- Hongxia Z, Shuyu W, Songwen Z, Tao W, Xiaohong D. Increasing trend of prevalence of infertility in Beijing. Chinese Medical Journal, 2014; 127(4): 691–695.
- Hotun ŞN, Bilgiç D, Demirgöz M. Doğurganlığı etkileyen faktörler. İnfertilite Hemşireliği, İstanbul; Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş., 2009, ss. 11–32.
- Hotun ŞN, Bilgiç D. İnfertilite hemşire ve ebelerine yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. İnfertilite Hemşireliği, İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., 2015, ss. 113–117.
- Hsu PY, Lin MW, Hwang JL, Lee MS, Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese Infertile Couples. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 2013; 52(2) : 204–209.
- Hsu YL, Kuo BJ. Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. J Nurs Res, 2002; 10(4): 291–302.
- Ismail NİA, Moussa AAA. Coping strategies and quality of life among infertile women in damanhour city. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 2017; 6(2): 31–45.
- İşıkçı T. Açıklanamayan infertilite olgularında IVF başarısı önceden predikte edilebilir mi? Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.
- İnal A. İnfertil olgularda gonadotropinli süperovulasyon siklusları ile klomifen sitratlı minimal stimülasyon siklusları sonuçlarının karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2009.
- İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. Eur J Health Sci, 2016; 2(3): 79–84.
- Jamilian M, Rafiei M, Jamilian HR, Esmkhani A. The comparison of general health between fertile and infertile women of Arak City in 2010. J Arak Uni Med Sci, 2012; 14: 27–35.

- Jose–Miller AB, Boyden JW, Frey K. Infertility. *American Family Physician*, 2007; 75(6): 849–856.
- Kaba İ. Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 2019; 72:63–75.
- Kahyaoglu SH, Balkanlı KP. Quality of life in women with infertility via the fertiqol and the hospital anxiety and depression scales. *Nursing and Health Sciences*, 2015; 17(1): 84–89.
- Kahyaoglu S, Kahyaoglu İ, Süt N, Aydın M, Mollamahmutoğlu L, Özcan U. Tubal faktörü diagnostik laparoskopi ile saptanan infertil kadınlarda serum antiklamidyal antikor düzeyinin tanısal değeri ve infertilite araştırmasındaki yerinin belirlenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2012; 9(1): 47–54.
- Kamel RM. Management of the infertile couple: an evidence based protocol. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2010; 8: 21–26.
- Kanbay Y. Kars ve Artvin ilinde hemşirelerin kullandıkları stresle başetme yöntemleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
- Kaplan C. İnfertil bireylerde stres ve stresle başa çıkma yaklaşımları. *Androloji Bülteni*, 2018; 20: 61–64.
- Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2013; 170(1): 193–197.
- Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012; 3(2): 80–85.
- Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler stress level of infertile women due to infertility and effective factors. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015; 12(2): 126–132.
- Karaca A. İnfertil kadınların yaşadıkları psikososyal sorunlar ve baş etmelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2011.
- Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 4. Baskı, Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017, ss. 61.

- Karademir UA. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
- Kargın M, Ünal S. İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. Yeni Symposium, 2011; 49(1): 54–60.
- Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 2002; 41(4): 229–232.
- Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18(2): 137–146.
- Kazandı M, Gunday O, Mermer TK, Erturk N, Ozkınay E. The status of depression and anxiety in infertile Turkish Couples. Iran J Reprod Med, 2011; 9(2): 99–104.
- Kazem A, Bakal Ü. Hipospadias: geç dönem komplikasyonları. Türkiye Klinikleri, 2017; 7(2): 321–324.
- Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavehie SMM. Quality of life and its related factors in infertile couples. Journal of Research in Health Sciences, 2014; 14(1): 57–64.
- Keskin G, Babacan GA. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014; 5(1): 9– 16.
- Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013; 5(2): 162–178.
- Kırço T. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
- Kızılıkaya Beji N, Kaya D. İnfertilitede birey–çift ve grup danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2012; 9(3): 10–14.
- Klonoff CH. A prospective study of stress among women under going invitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. Fertil Steril, 2001; 76(4): 675–687.
- Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. Türkiye Klinikleri, 2016; 2(3): 7–13.
- Koçyiğit OT. İnfertilite ve sosyo–kültürel etkileri. İnsan Bilim Dergisi, 2012; (1):27–38.

- Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
- Küçükaya M. İnfertil kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeyine damgalanmanın etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum, 2019.
- Lau JT, Wang Q, Cheng Y, Kim JH, Yang X, Tsui HY. Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples. *Journal Sexual Marital Therapy*, 2008; 34(3): 248–267.
- Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC, Lee MC. Grief responses and coping strategies among infertile women after failed invitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*, 2010; 24(3): 507–513.
- Mamuk R, Kızılkaya Beji N. İnfertilite tedavisi sürecinde psikoterapi uygulamaları. *Androloji Bülteni*, 2015; 62: 200–205.
- Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimaraes J., Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 2014; 29(1): 83–89.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 2012; 9(12): 2–10.
- Massarotti C, Gentile G, Ferreccio C, Scaruffi P, Remorgida V, Anserini P. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 2019; 35(6): 485–489.
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, 2001; 16(5): 966–969.
- Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ, Zachariae R. Stress, distress and out come of Assisted Reproductive Technology (ART). *Human Reproduction*, 2011; 26(10): 2763–2776.
- McLaren JF. Infertility evaluation. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2012; 39(4): 453–463.

- Modarres M, Rahnama P. Evaluation of infertile couple's quality of life in infertility. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 2008; 6(1): 53.
- Moghadam AD, Delpisheh A, Khosravi A. Epidemiology of female infertility: a review of literature. *Biosci Biotech Res Asia*, 2013; 10:559–567.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Adult Urology*, 2004; 63(1): 126–130.
- Mousavi SA, Masoumi SZ, Keramat A, Pooralajal J, Shobeiri F. Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2013; 14(3): 110–119.
- Mutlu MF, Baştu E, Öktem M. Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. *Gazi Medical Journal*, 2013; 24(1): 29–32.
- Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009; 36(4): 771–788.
- Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Bio Psycho Social Medicine*, 2011; 5(1): 15.
- Okyay P, Atasoylu G, Önde M, Dereboy Ç, Beşer E. Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? Kesitsel bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23(3): 178–188.
- Oltuluoğlu H, Günay U, Aylaz R. İnfertil çiftlerin duygu durumları: Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 23(2): 92–98.
- Omani SR, Vesali S, Navid B, Vakiliniya B, Mohammadi M. Evaluation on hope and psychological symptoms in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *International Journal of Fertility and Sterility*, 2017; 11(2): 123–129.
- Onat G, Kızılkaya Beji N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2012; 165(2): 243–248.

- Onrat T. Gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir, 2018.
- Opkong D, Orji EO. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(4): 259–265.
- Orhan E. Erkek kaynaklı infertilite tanısı almış çiftlerde kaygı ve depresyon belirtileri, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
- Ozan YD, Okumuş H. Experiences of Turkish women about infertility treatment: a qualitative study. *International Journal of Basic and Clinical Studies*, 2013; 2(2): 56–64.
- Özçelik B, Karamustafahoğlu O, Özçalık A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007; 8(2): 140–148.
- Özer, A. Ben değeri tiryakiliği. 17. Baskı, İstanbul; Galata Yayıncılık, 2015.
- Özkan AÖ, Okumuş H. İnfertilitede uyum süreci: ölçülebilir mi? 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongre Kitabı, Antalya, 2010, ss.103.
- Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2006; 33(1): 44–46.
- Öztürk E, Soygür T. Adölesan varikosel. *Androloji Bülteni*, 2013; (53): 103–105.
- Öztürk T. İnfertilitede anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından cinsiyet farklılıkları. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.
- Pasch LA, Gregorich SE, Katz PK, Millstein SG, Nachtigall RD, Bleil ME, et al. Psychological distress and invitro fertilization outcome. *Fertil Steril*, 2012; 98(2): 459–469.
- Patel A, Sharma PSVN, Kumar P, Binu VS. Illness cognitions, anxiety, and depression in men and women undergoing fertility treatments: a dyadic approach. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2018; 11(2): 180–189.

- Patel A, Sharma PSVN, Kumar P, Binu VS. Sociocultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2018; 11(2): 172–179.
- Pedro A. Coping with infertility: an explorative study of South African women's experiences. *Open J Obstet Gynecol*, 2015; 5(1): 49–59.
- Peterson BD, Gold L, Feingold T. The experience and influence of infertility: considerations for couple counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples and Families*, 2007; 15(3): 251–257.
- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod*, 2008; 23(5): 1128–1137.
- Peterson BD, Sejbaek CS, Pirritano M, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum Reprod*, 2014; 29(1): 76–82.
- Peyromusavi F, Barouni M, Naderi T, Shahravan A. Factors affecting response to infertility treatment: case of Iran. *Global Journal of Health Science*, 2016; 8(1): 118–123.
- Pinar G, Zeyneloglu HB. Quality of life, anxiety and depression in turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *Fertil Steril* 2012; 6(1): 1–12.
- Poddar S, Nilanjana S, Urbi M. Psychological profile of women with infertility: a comparative study. *Industrial Psychiatry Journal*, 2014; 23(2): 117–126.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 2013; 99(1): 63.
- Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I, et al. Health related quality of life and need for IVF in 1000 Italian Infertile Couples. *Human Reproduction*, 2005; 20(5): 1286–1291.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*, 2006; 85(1): 139–143.

- Ramos MM, Gameiro S, Soares I, Santos TA, Canavarro MC. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive Technologies and presumed fertile couples. *Psicologia, Saude Doenças*, 2010; 11 (2): 299–319.
- Rashidi B, Hosseini S, Beigi P, Ghazizadeh M, Farahani MN. Infertility stress: the role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2011; 5 (4): 101–108.
- Rizk B, Montag M. Standard operational procedure in reproductive medicine: laboratory and clinical practice. CRC Press, 2017; 120–122.
- Roudsari RL, Allan HT. Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: a multifaith dialogue. *Int J Fertil Steril*, 2011; 5(3): 158–167.
- Roudsari RL, Helen TA, Pam A.S. Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Hum Fertil*, 2007; 10(3): 141–149.
- Santoro N, Eisenberg E, Trussell JC, Craig LB, Gracia C, Huang H, et al. Fertility-related quality of life from two RCT cohorts with infertility: unexplained infertility and polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*, 2016; 31(10): 2268–2279.
- Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 2005; 20(4): 1044–1052.
- Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod*, 2005; 20(11): 3248–3256.
- Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Nicole Jacobs N. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Mental Health*, 2010; 13(4): 347–358.
- Seymenler S, Diyez DM. İnfertilite psikolojik danışmanlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018;10(2):176–187.
- Sezgin H, Hocaoglu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6(2): 165–184.
- Speroff L, Fritz MA. Female infertility. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins, 2011. ss. 1185– 1189.

- Stocker LJ, Hardingham KL, Cheong YC. A randomized controlled trial assessing whether listening to music at time of embryo transfer effects anxiety levels. *Gynecology & Obstetrics*, 2016; 6(9): 1–6.
- Sünger BB. Kadınlarda infertilitenin hayat kalitesine etkisinin araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2018.
- Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10(34): 56–73.
- Şanal–Karahan, F. Üniversite öğrencilerinde çözüm odaklı düşünmenin depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Konya.
- Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 2014; 22(1): 17–24.
- Şen S, Sevil Ü. Stigma experiences of infertile women: a qualitative study in Turkey. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2016; 6: 63–82.
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy, F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008; 5(4): 105–110.
- Taşçı KD, Özkan S. Sağlık yüksekokulunu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(3): 187–192.
- Taşkın İM, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *Eur J HealthSci*, 2016; 2(3): 79–84.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı. Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016, ss. 623–646.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yılı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara; Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2015, ss. 3–11.
- Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4(3): 151–158.
- Terzi Ş. Bilişsel değerlendirme ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2009; 7(1): 127–141.

- Terzioğlu F, Yücel Ç, Türk R, Taşkın L, Dilbaz S, Karahalil B ve ark. İnfertil kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yardımcı üreme tekniklerinde gebelik sonuçlarına etkisi. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongre Kitabı, Antalya, 2010, ss. 97.
- Teskereci G, Öncel S. Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2013; 39: 476–92.
- Teskereci G. İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2010.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 1995; 41(10): 1403–1409.
- Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo–kültürel etkileri. *İnsan Bil Dergisi*, 2012; 1(1): 27–37.
- Tural NG, Çelik SA. Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *HSP*, 2019;6(1):91–104.
- Turgay B. İnfertilite şikayeti olan çiftlerde depresyon sıklığı ve hayat kalitesinin araştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Ankara, 2016. Sayı: 24638, Erişim tarihi: 18 Mart 2019, Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2014. Erişim tarihi: 10.9.2019. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018. Erişim tarihi: 4.12.2019, Erişim adresi: http://http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf
- Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Bulut SD, Yüksel FV, Atan A, et al. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2010; 4(2): 229–237.

- Uğur AS. İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkiyel yaşam alanlarına etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
- Upkong D, Orji EO. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. Turk Psikiyatri Dergisi, 2006; 17(4): 259–265.
- Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(5): 481–486.
- Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. Hum Reprod Sci, 2011; 4(2): 80–85.
- Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. Patient Education and Counseling, 2010; 81: 428–422.
- Van Empel IW, Nelen WL, Tepe ET, van Laarhoven EA, Verhaak CM, Kremer JA. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. Hum Reprod, 2010; 25(1): 142–149.
- Vizheh M, Pakgohar M, Rouhi M, Veisy A. Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple based study. Sexuality and Disability, 2015; 33(4): 457–468.
- Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, et al. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2014; 74(8): 759–763.
- World Health Organization (WHO). WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). 2012. Erişim adresi: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf.
- World Health Organization (WHO). Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) knowledge for health project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Geneva, 2018.
- World Health Organization. Sexual and reproductive health. Human Reproduction Programme, Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>.

- World Health Organization (WHO). Medical, ethical and social aspects of assisted reproduction, Geneva, 2002, ss. 17–21.
- World Health Organization. Mother or nothing: the agony of infertility. Bull World Health Organ, 2010; 88(12): 881–882.
- Wright KP, Johnson JV. İnfertilite. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara; Güneş Tıp Kitap Evleri, 2010, ss. 705–771.
- Xin X, Pan BC, Du Q, Liang XM, Wang L. Impact of male infertility on men's self-esteem and satisfaction with sexual relationship. Zhonghua Nan Ke Xue, 2013; 19(3): 223–227.
- Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil U. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 112–121.
- Yaşar G. Beden eğitimi öğretmenlerinin okulla ilgili sorunları ve stresle başa çıkma tarzlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2008.
- Yaylagülü N. İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- Yazdani F, Kazemi A, Fooladi MM, Samani HR. The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2016; 200: 58–62.
- Yenice GM, Şeker KG, Tuğcu V. Erkek infertilitesinde görüntüleme yöntemleri. Androloji Bülteni, 2016; 18(67): 254–258.
- Yesiltepe Oskay U, Kizilkaya BN, Serdaroglu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish Women. Springer Science Business Media, 2010; 28(2): 71–79.
- Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. İnfertilite Hemşireliği. İstanbul; Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş, 2009, ss. 177–195.
- Yılmaz S, Kizilkaya BN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 2010; 20(3): 99– 108.
- Yılmaz T, Oskay ÜY. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2015; 2(1): 100– 112.

- Yılmaz T. İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
- Yumru EA, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyona doğru hasta seçimi. JAREM, 2011; 1: 57–60.
- Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility: a case control study. Pak J Med Sci, 2016; 32: 1340–1343.
- Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 2013; 16: 83–87.
- Zegers HF, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertility and Sterility, 2009; 92(5):1520–1524.
- Zeren F. İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2016.
- Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 1983; 67(6): 361–370.

EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız nedir?:.....

2.Aile tipiniz nedir? Çekirdek () Geniş () Parçalanmış ()

3.Eğitim durumunuz nedir?

Okur yazar () İlköğretim mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()

4.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

5.Gelir düzeyiniz nedir? Düşük () Orta () Yüksek ()

6.Kaç yıllık evlisiniz?.....

7.Aşağıdaki hastalıklardan biri/birkaçı var mı?

Hastalığım yok () Kronik böbrek yetmezliği () Hipertansiyon () Kalp hastalığı ()
Diyabet () Astım () Depresyon () Psikiyatrik hastalık ()
Diğer (Yazınız).....

8.Çocuk sahibi olmaya karar vermeden önce herhangi bir gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı? Evet () Hayır ()

9.Cevabınız “Evet” ise ne kadar süredir bu gebelikten korunma yöntemi kullandınız?.....

10.Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor? Yazınız.....

11.Çocuğunuzun olmama nedenlerini biliyor musunuz?

Kendime ait nedenler () Eşime ait nedenler () Nedeni bilinmiyor ()
Hem kendime hem eşime ait nedenler ()

12.Çocuk sahibi olmak için tedavi oldunuz mu/oluyor musunuz?

Evet () Hayır (16. soruya geçiniz)

13.Cevabınız evet ise size infertiliteye yönelik kullanılan tedavi yöntemleri aşağıdakilerden hangisidir? İşaretleyiniz.

Hormon tedavisi () Aşılama () Aşılama ve hormon tedavisi ()
Aşılama, hormon, tubal operasyon () IVF, hormon, tubal operasyon ()
Diğer ()

14.Kaç yıldır infertilite tedavisi gördünüz? Yazınız.....

15.Tedavi uygulandı ise nasıl sonuçlandı?

Negatif () /sayı.....Canlı doğum ()/sayı.....

16.Çocuğunuzun olmaması durumuna verdiğiniz tepki nasıl? (Size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

İnkâr () Öfke () Umutsuz () Tedavi arayışında () Suçluluk hissi ()
Hayal kırıklığı () Diğer (lütfen belirtiniz).....

17.Şu anda eşinizle aranızdaki ilişkiden memnuniyet düzeyiniz nedir?

Çok memnunum () Memnunum () Kararsızım () Memnun değilim ()
Hiç memnun değilim ()

18.Çocuğunuz olmadığı için eşiniz sizden ayrılmayı düşünüyor mu?

Evet () Hayır ()

19.Çocuğunuz olmadığı için kimden daha çok tepki alıyorsunuz?

Eşimden () Eşimin ailesinden () Sosyal arkadaşlarımdan () Diğer ().....

20.Çocuğunuz olmadığı için aldığınız tepki nasıl?

Anlayışlı ve destekleyici () Eleştirel ve küçümseyici () Diğer ().....

21. Psikolojik bir destek alıyor musunuz? Hayır () Evet ()

Evet ise Hekimden () Alternatif bir yöntem (yoga, meditasyon) () Diğer.....

EK 2: DOĞURGANLIK SORUNLARI YAŞAYAN KİŞİLER İÇİN HAYAT KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi
A. Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	()	()	()	()	()
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç Değilim	Memnun Değilim	Ne Memnun Ne Değilim	Oldukça Memnunum	Çok Memnunum
B.Hayatınızın kalitesinden memnunuz musunuz?	()	()	()	()	()
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Tamamen	Epeyce	Ortalama	Biraz	Hiç
1.Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	()	()	()	()	()

2.Doğurganlık sorunlarımız nedeni ile hayattaki başka amaçlarımızı ve planlarımızı gerçekleştiremediğiniz i düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
3.Doğurganlık sorunlarımız nedeni ile bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
4.Doğurganlık sorunlarımızla baş edebildiğinizi düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç Değilim	Memnun Değilim	Ne Memnun Ne Değilim	Oldukça Memnunum	Çok Memnunum
5.Doğurganlık sorunlarımızla ilgili arkadaşlarımızın verdiği destekten memnun musunuz?	()	()	()	()	()
6.Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	()	()	()	()	()

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
7.Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	()	()	()	()	()
8.Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuzun olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	()	()	()	()	()
9.Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	()	()	()	()	()
10.Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	()	()	()	()	()

11.Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
12.Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	()	()	()	()	()
13.Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	()	()	()	()	()
14.Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	()	()	()	()	()

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
15.Doğurganlık sorunlarınız sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	()	()	()	()	()

16.Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
17.Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	()	()	()	()	()
18.Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	()	()	()	()	()
19.Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz etkiliyor mu?	()	()	()	()	()
20.Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	()	()	()	()	()
21.Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	()	()	()	()	()
22.Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
23.Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliendiriyor mu?	()	()	()	()	()
24.Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()

*Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı? Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Kısırlık tedavisi ruh halinizi olumsuz etkiliyor mu?	()	()	()	()	()
2.İstediğiniz tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?	()	()	()	()	()
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
3.Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	()	()	()	()	()
4.Tedavinizin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?	()	()	()	()	()
5.Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
6.Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?	()	()	()	()	()

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnun ne de değilim	Memnunum	Çok memnunum
7.Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?	()	()	()	()	()
8.Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	()	()	()	()	()
9.Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	()	()	()	()	()
10.Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?	()	()	()	()	()

EK 3: HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz.

Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz.

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, bazen
- (0) Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- (0) Aynı eskisi kadar
- (1) Pek eskisi kadar değil
- (2) Yalnızca biraz eskisi kadar
- (3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- (3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- (2) Evet, ama çok şiddetli değil
- (1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- (0) Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Şimdi pek o kadar değil
- (2) Şimdi kesinlikle o kadar değil
- (3) Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, ama çok sık değil
- (0) Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- (3) Hiçbir zaman
- (2) Sık değil
- (1) Bazen
- (0) Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

- (0) Kesinlikle
- (1) Genellikle
- (2) Sık değil
- (3) Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- (3) Hemen hemen her zaman
- (2) Çok sık
- (1) Bazen
- (0) Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Bazen
- (2) Oldukça sık
- (3) Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- (3) Kesinlikle
- (2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- (1) Pek o kadar özen göstermiyorum.
- (0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- (3) Gerçektende çok fazla
- (2) Oldukça fazla
- (1) Çok fazla
- (0) Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Her zamankinden biraz daha az
- (2) Her zamankinden kesinlikle daha az
- (3) Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum

- (3) Gerçekten de çok sık
- (2) Oldukça sık
- (1) Çok sık değil
- (0) Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- (0) Sıklıkla
- (1) Bazen
- (2) Pek sık değil
- (3) Çok seyrek

EK 4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için ‘Genellikle Neler Yaptığımızı’ hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0’ın altına, çok uygun ise %100’ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

İfadeler Bir sıkıntı olduğunda....	%0	%30	%70	%100
1.Kimsenin bilmesini istemem.				
2.İyimser olmaya çalışırım.				
3.Bir mucize olmasını beklerim.				
4.Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9.İçinde bulunduğum kötü durumun kimsenin bilmesini istemem.				
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				

İfadeler Bir sıkıntı olduğunda....	%0	%30	%70	%100
11.Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alıkoyamam.				
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13.İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25. 'Keşke daha güçlü olsaydım' diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27. 'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28. 'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi”dir. Bu araştırma, primer infertilitenin kadınların yaşam kalitesine, depresyon durumlarına ve stresle başa çıkma davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar; çocuk sahibi olamamanızın yaşam kalitenize, depresyon durumunuza ve stresle başa çıkma davranışlarınıza etkisi belirlenerek bu sürecin olumlu yönde devamının sağlanması için sağlık personeline yönlendirmeniz yapılabilecek ve literatüre bilimsel katkı sağlayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu çalışmada sizden araştırmacılar tarafından verilen anket formlarını doldurmanız istenmektedir. İlk formda kadınların yaş, eğitim durumu, infertilite tedavisi, çocuk sahibi olamamaya verilen tepki vb. belirlemeye yönelik 21 soru, ikinci formda doğurganlık sorunları yaşayan kişiler için yaşam kalitesi düzeyini belirlemeye yönelik 36 soruluk ifade maddeleri, üçüncü formda anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemeye yönelik 14 soruluk ifade maddeleri, dördüncü formda ise kişinin stresli durumlarla karşılaştığında kullandığı yöntemleri ve düşünceleri belirlemeye yönelik 30 soruluk ifade maddeleri yer almaktadır. Bu anketi yaklaşık 15-20 dakika içerisinde eksiksiz cevaplamanız veya doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya 20.05.2018-20.11.2018 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran 85 infertil kadının ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 85 gebe kadının katılacağı düşünülmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer

rahatsızlıklarınız için 0546... numaralı telefonda Ebe Merve Yıldırım'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışma kapsamında size herhangi bir girişimsel işlem yapılmayacak ya da yapılacak hiç bir uygulama size ya da sağlık güvencenize ek bir yük getirmeyecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Çalışmaya ait anket formunda isim ve soy isim kısımları bulunmamaktadır. Yani anketi doldurup teslim ettikten sonra kişisel bilgileriniz direk olarak gizlilik altına alınacaktır. Yine de size ait elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimse ile paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:Tel.-Faks:

Adresi: Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Merve YILDIRIM (Ebe) Tel: 0546..... Faks:0346... Tarih/ İmza:

Adresi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğret. Üyesi Gülbahtiyar Demirel		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI: Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine, Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2018-04/14	Tarih: 30.04.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İznilidir
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataç	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/05/2018-5583



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.5583
Konu : Merve YILDIRIM Hk.

23/05/2018

Sayın: Merve YILDIRIM
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Ebelik Bölümü

İlgi : 11.05.2018 tarihli dilekçe

Primer İnfertilitenin Kadınların Yaşam Kalitesine , Depresyon Durumlarına ve Stresle Başa Çıkma Davranışlarına Etkisi konulu yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapma isteğiniz uygun görülmüş olup;
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Zekeriya ÖZTEMÜR
Başhekim V.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.145.81/enVision/Dogrula/ND3KN0D>

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon:0 346 2581326 Faks0 346 258 0024
e-Posta:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Medine TECER
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır