



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal
Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Yüksek Lisans Tezi

ŞÜHEDA BAKIR

Haziran 2024



İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal
Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Yüksek Lisans Tezi

ŞÜHEDA BAKIR

Danışman

DOÇ. DR. NESRİN İLHAN

Haziran 2024

TEZ JÜRİSİ ONAYI

Şüheda Bakır tarafından hazırlanan "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bu Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Nesrin İLHAN

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Dr. Öğr. Üyesi Nurten ARSLAN IŞIK

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Merve KOLCU

Kurumu: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 11/ 06 / 2024

BEYANLAR

Yazım ve Kaynak Gösterme Kılavuzu Beyanı

Danışmanlığımda yazılan bu tezin Vancouver yazım ve kaynak gösterme kılavuzunda belirtilen kurallara uygun olarak yapılandırıldığı ve bu kılavuzun Vancouver kaynak gösterme standartlarının bu tezde tutarlı olarak uygulandığı tarafımdan incelenerek teyit edilmiştir.

DOÇ. DR. NESRİN İLHAN

Etik İlkelerine Sadakat Beyanı

Hazırladığım bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

ŞÜHEDA BAKIR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez sürecim boyunca bana yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, beni yüreklendiren, bilgi ve birikiminden faydalandığım çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a, desteklerinden ötürü sevgili kız kardeşim Sena BAKIR'a, dostum Betül KAZMAZ'a, bu süreçteki anlayışı ve desteği için kıymetli nişanlım Christian RİECK'e son olarak da bu günlere gelmemi sağlayan, her konu ve koşulda benden desteklerini esirgemeyen annem Emine BAKIR'a ve babam Cemal BAKIR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2024

Şüheda BAKIR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 İnfertilitenin Tanımı.....	3
2.2 İnfertilitenin İnsidansı	3
2.3 İnfertilitenin Nedenleri	3
2.3.1 Yaşam Şekline İlişkin Faktörler.....	4
2.3.2 Üreme Sistemine İlişkin Faktörler	5
2.3.3 Nedeni Açıklanamayan İnfertilite	6
2.4 İnfertilitenin Tanılanması.....	6
2.5 İnfertilitenin Tedavisi.....	6
2.5.1 Yardımcı Üreme Teknikleri.....	7
2.6 Ruh Sağlığı ve İnfertilite	8
2.7 Sosyal Destek ve İnfertilite	9
2.8 Yaşam Kalitesi ve İnfertilite	10
2.9 Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı	11
2.10 Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek	11
2.11 İnfertilite Tanı ve Tedavi Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	12
3 GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli	14
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	14
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.5 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	15
3.6 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	16
3.7 Veri Toplama Araçları.....	16
3.7.1 Tanıtıcı Bilgi Formu	16

3.7.2	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS).....	16
3.7.3	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	17
3.7.4	Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi (FERTİQOL) Ölçeği	17
3.8	Araştırmanın Etik Yönü	18
3.9	Araştırmanın İstatistiksel Analizi.....	18
3.10	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
4	BULGULAR	20
4.1	Kadınların Tanıtıcı ve İnfertilite ile İlgili Özellikleri.....	20
4.2	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile İlgili Bulgular	26
4.3	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle İlgili Bulgular	28
4.4	FERTİQOL Ölçeği İle İlgili Bulgular	30
5	TARTIŞMA	46
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	57
	KAYNAKLAR.....	59
	EKLER	69
	ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMALAR

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

FERTİQOL: Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği

PID: Pelvik İnflamatuvar Hastalık

IUI: İntrauterin İnseminasyon

IVF: İn-Vitro fertilizasyon

HCG: İnsan Koryonik Gonadotropin

GİFT: Gamet İntra Fallopian Transferi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 2. Kadınların İnfertilite ile İlgili Özellikleri

Tablo 3. Kadınların Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışları

Tablo 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 5. Kadınların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğine Göre Anksiyete ve Depresyon Riskleri

Tablo 6. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 7. Kadınların Anksiyete ve Depresyon Risk Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8. FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 9. Kadınların Anksiyete ve Depresyon Risk Durumuna Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerine Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Kadınların Sağlık ile İlgili Özelliklerine Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13. FERTİQOL Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiler

ÖZET

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bakır, Şüheda

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nesrin İlhan

Haziran 2024

Bu araştırma infertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma İstanbul'da Anadolu Yakasında bir kadın doğum hastanesinin infertilite polikliniğinde Ocak-Haziran 2023 tarihleri arasında 241 infertilite tedavisi gören kadın ile gerçekleştirildi. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler frekans, yüzde ortalama, standart sapma, t-testi, Tek yönlü varyans analizi (Anova) ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Kadınların yaş ortalaması $30,26 \pm 5,37$ olup %45,6'sı üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Kadınların %42,8'inin anksiyete açısından, %54,4'ünün depresyon açısından riskli olduğu belirlendi. Algılanan sosyal destek puan ortalaması $58,02 \pm 17,35$, FERTİQOL Ölçeği toplam puan ortalaması $62,83 \pm 16,37$ bulundu. Depresyon riski olmayanların daha fazla sosyal destek algıladıkları belirlendi ($p < 0,05$). Algılanan sosyal destek arttıkça anksiyete riskinin ve depresyon riskinin azaldığı belirlendi ($p < 0,05$). Anksiyete riski olmayanların FERTİQOL Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının anksiyete riski olanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Araştırmada algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlendi ($p < 0,05$). Yaşları 21-25 yaş grubundaki kadınların, eşleri ortaokul altında eğitim alan kadınların, hiç çocuğu olmayanların, hiç infertilite tedavisi görmeyenlerin, infertilite hakkında bilgisi olmayanların, primer infertilite olanların, sağlığını kötü değerlendirenlerin ve fiziksel aktivite yapmayan kadınların FERTİQOL Ölçeği toplam puan ortalaması düşük bulundu ($p < 0,05$). İnfertilite tedavisi gören kadınlara tanı ve tedavi süreciyle ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılması, sosyal destek sistemlerini tanımaları ve etkili kullanabilmeleri için yönlendirilmelidirler. Ayrıca yaşam kalitelerinin ve ruh sağlıklarının arttırılmasına yönelik eğitim programları planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, yaşam kalitesi, ruh sağlığı, algılanan sosyal destek, hemşire

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Mental Health, Social Support, and Quality of Life in Women Undergoing Infertility Treatment

Bakır, Şüheda

Master's Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Nesrin İlhan

June 2024

This study was conducted as a correlational research to determine the relationship between mental health, social support and quality of life of women undergoing infertility treatment. The study was conducted in the infertility outpatient clinic of a gynecology hospital on the Anatolian side of Istanbul between January-June 2023 with 241 women undergoing infertility treatment. Data were collected using the Descriptive Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Quality of Life for People with Fertility Problems (FERTİQOL) Scale. Data were evaluated using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Pearson correlation analysis. It was determined that 42.8% of the women were at risk for anxiety and 54.4% were at risk for depression. The mean score of perceived social support was 58.02 ± 17.35 and the mean total score of the FERTİQOL Scale was 62.83 ± 16.37 . It was determined that those without depression risk perceived more social support ($p < 0.05$). As the perceived social support increased, the risk of anxiety and depression decreased ($p < 0.05$). It was determined that the mean scores of all sub-dimensions and total scores of the FERTİQOL Scale of those without anxiety risk were higher than those with anxiety risk ($p < 0.05$). In the study, it was determined that quality of life increased as perceived social support increased ($p < 0.05$). The mean total score of the FERTİQOL Scale was found to be lower in women aged 21-25 years, women whose husbands had less than secondary school education, women who had never had children, women who had never received infertility treatment, women who had no knowledge about infertility, women who had primary infertility, women who evaluated their health poorly and women who did not perform physical activity ($p < 0.05$). Women undergoing infertility treatment should be informed about the diagnosis and treatment process, and they should be guided to recognize and effectively use their social support systems. In addition, training programs should be planned to improve their quality of life and mental health.

Keywords: Infertility, quality of life, mental health, perceived social support, nurse

1 GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, üreme dönemindeki çiftlerin minimum bir yıl boyunca haftada üç dört kere korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebelik durumunun oluşmaması veya oluşan gebeliğin sürdürülememesidir (1). İnfertilite fiziksel olarak görünür, yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen basit bir jinekolojik rahatsızlık da değildir. İnfertilite üreme çağındaki milyonlarca bireyi ve toplumu etkileyen, biyo-psiko-sosyo-kültürel boyutları olan dünya genelinde küresel bir sağlık sorunudur (2). Tahminler, küresel olarak 48 milyon çift ile 186 milyon kişinin kısırlıkla yaşadığını göstermektedir (3).

İnfertilitenin stres, anksiyete, depresyon, ekonomik zorluk, suçluluk, korku, sosyal statü kaybı, çaresizlik, sosyal damgalanma ve bazı durumlarda da şiddet gibi etkileri bilinmektedir (4). İnfertil çiftler gebelik konusundaki sorunları aile ve yakınlarından gizleme ihtiyacı duyarlar ve bu durum sosyal bir yalnızlığa dönüşebilir ve çiftleri destek kaynaklarından uzaklaştırır (5). İnfertil çiftlerde kadınlar erkeklere göre şiddet, boşanma, sosyal damgalanma, duygusal stres, depresyon, kaygı ve düşük benlik saygısı açısından daha büyük risk altındadır (6). Yapılan çalışmalarda; infertilitenin kadınların özgüveninin azalmasına, sağlığının bozulmasına, umutta azalmaya ve toplumla olan ilişkilerinde bozulmalara neden olarak, kadınlarda erkeklere oranla suçluluk, depresyon, kızgınlık hissi ve anksiyete oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (7). İnfertilite tedavisi alan kadınların aşırı yoğun stresle başa çıkmaya çalışma, partnerleriyle cinsel ilişki sıklığında azalma, cinsel öz-etkililikte sıkıntı yaşama vb. sorunlarda yaşamaktadırlar (8).

İnfertilite, çiftler üzerinde önemli bir stres kaynağı olabilir ve bu noktada sosyal destek, ruh sağlığı açısından kritik bir rol oynar. Güçlü sosyal destek, psikolojik ve fiziksel sağlığı pozitif yönde etkileyerek, stresin etkilerini azaltabilir. Yakın arkadaşlar, aile bireyleri veya destek grupları gibi sosyal ağlar, bireylerin duygusal yüklerini paylaşmalarına olanak tanır ve bu da infertilite kaynaklı stresi azaltabilir (9,10).

İnfertilitenin yaşam kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Yaylagülü ve Yorulmaz'ın (2017) çalışmasında infertilite tanısı alan hastalar arasında yaşı genç olan kadınların, eğitim düzeyi lise ve daha alt düzeyde olan kadınların, gelir durumu düşük olan kadınların, primer infertil olan kadınların, tedavi süreci uzun bir zamanı kapsayan kadınların yaşam kalitesinde düşüş meydana geldiği tespit edilmiştir (11). İnfertilite tedavisi alan

kadınlar ruh sağlığı, sosyal destek sistemi ve yaşam kalitesi noktalarında sorunlar yaşamaktadır. Yaşanan bu sorunların şiddeti kişiden kişiye göre değişmektedir. Değişikliğe neden olan bazı etmenler eğitim durumu, gelir seviyesi, aile ortamı, yaş, doğum yeri, tedavisi süresinin uzunluğudur (11). İnfertilite tedavisi gören kadınlara yönelik programların oluşturulması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi için öncelikle kadınların ruh sağlığı, sosyal destek durumlarının, yaşam kalitelerinin ve aralarındaki ilişkilerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bu araştırma infertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite, çiftlerin 12 ay boyunca haftada en az 3-4 kez düzenli ve korunmasız olarak cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması durumudur. İnfertilite, primer infertilite ve sekonder infertilite olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer infertilite, şimdiye kadar hiç gebeliğin oluşmaması, sekonder infertilite ise daha önce canlı ya da ölü doğumla sonuçlanan en az bir gebelik olmasına rağmen geçen bir yıl içinde düzenli ve korunmasız cinsel ilişkide bulunulduğu halde gebeliğin oluşmamasıdır (2,12-14).

2.2 İnfertilitenin İnsidansı

Son yıllarda yapılan çalışmalar infertilitenin, erkeğin yanı sıra özellikle kadının sosyal yükü olan bir üreme sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (15). İnfertilite, tüm dünyayı etkileyen global bir problemdir. İnfertilitenin insidansı, ülkeler arasında değişiklik gösterebildiği gibi aynı ülkenin farklı bölgelerinde de değişiklik göstermektedir (13,16). Dünyada infertiliteden etkilenen kişi sayısı tam olarak bilinmese de gelişmekte olan ülkelerde infertiliteden, 186 milyondan fazla kadının etkilendiği tahmin edilmektedir (17-19). Dünya genelinde kısırlığın, üreme çağındaki erkeklerin %10'unu, kadınların ise %12,5'ini olmak üzere çiftlerin %8-12'sini etkilediği düşünülmektedir (17-19). Gelişmekte olan ülkelerde infertilite görülme oranı gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Bunun sebebi gelişmekte olan ülkelerde cinsel yolla bulaşan genital enfeksiyonların görülme oranının daha yüksek olması, bu enfeksiyonların tam olarak ya da hiç tedavi edilememesinden kaynaklı kısırlıkla sonuçlanan hasarlar oluşmasıdır (16,20). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Nisan 2023'de yayınladığı raporda erişkin popülasyonun neredeyse %17,5'inin (dünya genelinde yaklaşık olarak 6 kişiden 1'i) infertilite sorunu yaşadığı belirtilmektedir (21). Sağlık Bakanlığı'nın 2013 verilerine bakıldığında ise Türkiye'de yaklaşık 2 milyon infertil çift mevcuttur ve infertilite oranında giderek artış olduğu gözlemlenmiştir (22,23).

2.3 İnfertilitenin Nedenleri

Fertiliteyi etkileyen birçok faktör olmakla beraber en temel nedenler çiftlerden her ikisinin yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamasıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunların etkili

tedavi edilmemesi, tekrarlayan düşük, kürtaj ve doğumlar sonrası ciddi enfeksiyonlara sıklıkla rastlanması da infertilite oranını artıran faktörlerdendir (2). İnfertiliteyi etkileyen faktörler yaşam şekline ilişkin faktörler, üreme sistemine ilişkin faktörler ve nedeni bilinmeyen faktörler başlığı altında gruplandırılmıştır.

2.3.1 Yaşam Şekline İlişkin Faktörler

- **Yaş**

Doğum kontrolünün yasal olmadığı ülkelerde yürütülen araştırmalar, ilerleyen yaşla infertilitenin doğru orantılı olduğunu göstermiştir (24). Ayrıca kadın ve erkeğin 24-25 yaşlarında olduğu dönem fertilite oranının yüksek olduğu dönemdir (16,20). Erkeklerde 40, kadınlarda ise 35 yaşından sonra fertilite şansı azalmaktadır. Kadınlarda doğuştan belli olan yumurta sayısı yaş ilerledikçe belirli periyotlarla azalır ve menopoz döneminde işlev gösteremez hale gelir. Ayrıca yaşı ilerleyen kadınlarda daha az oosit ve embriyo elde edildiği için implantasyon şansı da azalmaktadır (22,24). Yapılan çalışmalar kadınlarda ilk doğum yaşının giderek arttığını gösteriyor. Bunun sebepleri arasında kadınların daha iş ve kariyer odaklı bir hayatı tercih etmesi, ekonomik sıkıntılar, kontrasepsiyon yöntemlerinin gelişmesi ve çeşitlenmesi vardır. 35 yaşından sonra doğurganlık düzeyi hızlı bir düşüş göstermektedir (11,25,26).

- **Cinsel İlişki Sıklığı ve Zamanlama**

Koitus sıklığının az olması infertilitenin yaygın sebeplerindendir. Bu sebeple uzmanlar gebelik isteyen çiftlere haftada en az 3-4 kere cinsel ilişkide bulunmalarını önerirler. Cinsel ilişkinin ovulasyon dönemine denk getirilmesi gebelik şansını arttıran bir faktördür (16,20).

- **Vücut Kitle İndeksi**

Beslenme durumu ve obezite, infertiliteye katkıda bulunan faktörler arasında yer almaktadır. Vücut kitle indeksindeki normalin üzerindeki artış infertilite oranında artışa neden olurken vücut ağırlığının azalması ile fertilite ve sağlıklı gebelik oranında artış gözlenmiştir (11,27).

- **Sigara ve Alkol Kullanımı**

Sigara ve alkol kullanımı sadece kendiliğinden doğumu engellemekle kalmayıp ayrıca yardımcı üreme tekniklerini de olumsuz etkilemektedir. Alkol ve sigara kullanımıyla birlikte abortus, erken doğum, ektopik gebelik, erken membran rüptürü, plasenta previa ve preeklamsi riski artarak bu durum anne ve bebeğe zarar vermektedir (22,28).

- **Stres**

Stres erkek ve kadında otonom sinir sistemine, immun sisteme ve endokrine etki ederek infertilite riskini arttıran bir faktördür. Gevşeme ve stresle başa çıkma programlarında gebelik oranının arttığı bildirilmiştir (11,25,29).

- **Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar**

Cinsel aktivitenin erken yaşta başlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artışa sebep olmaktadır. Tedavisi gerçekleşmemiş üreme sistemi hastalıkları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar sekonder infertiliteye sebep olarak gösterilmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kadın doğurganlığını olumsuz etkilediği gibi, kötü sonuçlanan gebeliklere de neden olmaktadır (11,30).

2.3.2 Üreme Sistemine İlişkin Faktörler

- **Kadın Üreme Sistemine İlişkin Faktörler**

İnfertiliteyi etkileyen kadın üreme sistemine ilişkin faktörler ovulasyon düzensizlikleri, hipofiz-over hormonal dengesizlikleri, over tümörleri, oral kontraseptif kullanımını bıraktıktan sonra oluşan amenore, erken menopoza girme, radyasyon, anatomik bozukluklar, imperfore himen, vajende septum, parsiyel/total vajen yokluğu, disparünü, vajinismus, vajen pH'sının alkali olması, tubal tıkanıklık, tubal hasar, tubaların kıvrımlı olması, tubaların fibrial kısmının yokluğu, bir tubanın yokluğu, tubal enfeksiyon, tubal yapışıklık, anormal tubal silial hareket, servikal osta sertlik ya da polipler, anormal servikal mukus, skar dokusu, gelişimsel anomaliler, endometriozis, intrauterin polipler, travma, enfeksiyon (PID V.b), endometrial ve miyometrial tümörler olarak sayılabilir (11).

- **Erkek Üreme Sistemine İlişkin Faktörler**

İnfertiliteyi etkileyen erkek üreme sistemine ilişkin faktörler varikosel, hipoplazik testis, vasdeferens ve epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı, testiküler atrofi, kriptorşidizm, hipospadias, yetersiz hormonal uyarı, kimyasallara maruz kalma, genital organ enfeksiyonları, spinal kort yaralanmaları, anatomik anormallikler, ereksiyon bozukluklar, seminal sıvı yapısına ilişkin bozukluklar, kemoterapi, radyoterapi, retrograd ejakülasyon olarak sayılabilir (11,15).

2.3.3 Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

İnfertil çiftlerin yaklaşık %10-15'ini kapsayan, yapılan gerekli tetkikler sonucu bir patolojiye rastlanılmayan durumdur. İnfertilite sebepleri arasında en sık rastlanılan durumdur. 30 yaş üstü kadınlarda bu duruma daha sık rastlanıldığı için oosit kalitesinden kaynaklı saptanamayan problemler olduğu düşünülmektedir. Açıklanamayan infertilite tanısı alınan durumlarda bazen kendiliğinden gebelik meydana gelebilmekle birlikte, infertilite süresi uzadıkça doğal yollardan gebe kalma oranı düşmektedir. Açıklanamayan infertilite durumunda çiftler daha fazla endişe, bıkınlık, yalnızlık, stres ve tedavi sürecine uyumsuzluk yaşamaktadır (22,31–34).

2.4 İnfertilitenin Tanılanması

İnfertilitenin tanılanması için öncelikle ayrıntılı anamnez yer alır (16). Kadının yaşam şekli, beslenme alışkanlıkları, endokrin hastalıklar, menarş yaşı, siklus düzeni ve süresi, pelvik rahatsızlıklar, yüksek düzeyde sigara ve alkol kullanımı, kullanılan kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi toplanır. Erkeklerde ise yaşam şekli, beslenme alışkanlıkları, endokrin bozukluklar, çocukluk çağındaki hastalıklar, genital ve üriner rahatsızlıklar, yüksek düzeyde sigara ve alkol kullanımı ve koitus öyküsüyle ilgili bilgi toplanır (16).

2.5 İnfertilitenin Tedavisi

İnfertilitenin sebepleri kompleks olduğu için tedavisi de komplekstir. İyi ve doğru bir tedavi için öncelikle doğru tanı konmalıdır. Bazen infertilite nedeninin bulunması, uygun tanının konması uzun zaman alabilir. Bazen infertilitenin birden fazla sebebi olabilir. Neden birden fazla olunca tedavi süreci zorlaşır ve daha kompleks bir hale gelir. Nedene yönelik tedavi planıyla sorun ortadan kaldırılarak (cerrahi işlemler, hormon tedavisi yoluyla v.b) bireyin

doğal yöntemlerle gebe kalması istenir. Bunlara karşın gebelik oluşmaması durumunda yardımcı üreme tekniklerine başvurulur (16,35–37).

Tıbbi ve cerrahi iyileştirme yoluyla infertiliteye sebebiyet veren sorun ortadan kaldırılmakta ve böylece infertil çiftlerin %85-90'ının çocuk sahibi olmasının önündeki engel giderilmektedir. Bu yöntemlerle çocuk sahibi olamayan %10-15'i ise diğer yardımcı üreme tekniklerinden faydalanabilmektedir (16,38–41).

2.5.1 Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri, doğal yollarla gebe kalınamaması durumunda gebelik oluşması için uygulanan bazı ileri teknik ve tedavilerdir (16,42).

- **İntrauterin İnseminasyon (IUI)**

Erkekten alınan spermin özel şartlar altında laboratuvarında hazırlanıp ovulasyon döneminde kateter ile rahim içine enjekte edilmesine intrauterin inseminasyon denir. İnfertilitede en yaygın tedavi yöntemi olarak IUI kullanılır. İntrauterin inseminasyon; servikal mukus problemleri, ciddi hipospadias, erkek faktörü, vajinismus, nedeni açıklanamayan infertilite ve sperm bozuklukları ile endikedir (11,43).

- **İn-Vitro Fertilizasyon (IVF)**

Özel yollarla kadın ve erkekten alınan üreme hücrelerinin laboratuvarında birleştirilerek döllenme olmasının beklenilmesidir. Yumurta hücreleri insan koryonik gonadotropin hormonu (HCG) enjeksiyonu sonrası vajinal ultrason veya laparoskopik yöntem ile iğne aspirasyonu ile alınır. Erkeklerde ise sperm mastürbasyon yöntemi ile, bu yöntemle alınamadığı durumda ise cerrahi müdahale ile alınır. Daha sonra her bir oosit için 20.000 hareketli sperm aynı tüpe konularak, doğal bir şekilde döllenme olması beklenir (11,44).

- **Embriyo Transferi**

Dış ortamda oosit ve spermin döllenmesiyle oluşan embriyonun rahme yerleştirilmesi işlemine embriyo transferi denir. Embriyo transferi; tubal tıkanıklık, sperm azlığı ve morfolojik bozukluğu, endometriozis, açıklanamayan infertilite ile endikedir (11,43,44).

- **İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyon**

Erkek nedenli infertilite veya nedeni açıklanamayan infertilite olgularında genellikle intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu yöntemi tercih edilir. IVF’de olgunlaşmış oositlerden sağlıklı olanları seçilir ve hazırlanan tek sperm oositin sitoplazmasına enjekte edilir. Gametler fertilizasyon açısından değerlendirildikten sonra eğer fertilizasyon olmuşsa kateter ile endometriyuma yerleştirilir (11,43).

- **Gamet İntra Fallopian Transferi (GİFT)**

GİFT yönteminde ovülasyon indüksiyonu sonrasında toplanan oositler, hazırlanan spermeler ile kateter yardımıyla fallop tüplerine enjekte edilir ve IVF’den farklı olarak fertilizasyon takibi burada yapılır. GİFT’in etkili olabilmesi için kadının en az bir tüpünün açık olması gerekir (11,43).

2.6 Ruh Sağlığı ve İnfertilite

Ruh sağlığı, kişinin duygusal, psikolojik ve sosyal iyilik halini ifade eder. Sağlıklı bir ruh sağlığı, bireyin stresle başa çıkma becerilerini, ilişkilerini yönetme yeteneğini, olumlu benlik algısını ve genel olarak yaşamından keyif alma kapasitesini içerir. Ruh sağlığını etkileyen faktörler arasında genetik yatkınlık, çevresel etmenler, yaşam deneyimleri, biyolojik faktörler ve sosyal destek gibi çeşitli faktörler bulunur (45,46). Ruh sağlığının olumlu olması, kişinin yaşamındaki zorluklarla başa çıkma, ilişkilerini sağlıklı bir şekilde yönetme, amaçlarını belirleme ve hedeflerine ulaşma konusunda daha başarılı olmasını sağlar. Ayrıca, ruh sağlığının iyi olması, kişinin fiziksel sağlığı üzerinde de olumlu bir etkiye sahip olabilir (45,46).Ruh sağlığını korumak veya geliştirmek için bireylerin kendilerine dikkat etmeleri, ihtiyaçlarını tanımaları, stresle başa çıkma becerilerini geliştirmeleri, sağlıklı ilişkiler kurmaları ve gerektiğinde profesyonel yardım almaları önemlidir (45,46).

İnfertilite yaşamı tehdit eden bir rahatsızlık olmamasına karşın evli çiftlerin ruhsal sağlığını, sosyal yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Hatta bazı uzmanlar bu durumu; çiftlerin yaşam kalitelerini, sosyal yaşantılarını, benlik saygılarını, psikolojik durumlarını, cinsel yaşamlarını, beden imajlarını, evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyen bir yaşam krizi olarak değerlendirir. Ani ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan bu durum, çiftlerin her ikisinin de ruhsal sağlığını olumsuz etkilemesine rağmen kadınlarda bu oran

erkeklerle göre çok daha yüksektir. Yapılan çalışmalar infertilite tanısı almış kadınların erkeklerle göre daha yüksek oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duygularını yaşadığını göstermiştir (11,16,33,39,40). Bireylerin ruh sağlığı; tanı ve tedavide hangi aşamada bulunduğu, ekonomik durum, yaş, çocuk sahibi olmaya yüklenen anlam, tedavi sayısı ve sosyal destek algısı gibi birçok nedenden etkilenmektedir (11,33,47). İnfertilite kadın için psikolojik olarak, psikolojik eksiklik (annelik güdüsünün doyurulamaması), kontrol kaybı, kadın toplumuna dahil hissetmeme, doğuramama, sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak birinin olmaması), yalnız kalma (çocuk desteğinin yokluğu), benlik saygısında düşüş, sosyal rol eksikliği (gebe kadın, kayınavale, anne, lohusa gibi) ve değersiz görmeyi ifade eder (16,38).

2.7 Sosyal Destek ve İnfertilite

Sosyal destek, bireyin güçlü veya zor zamanlarında duygusal, pratik veya bilgi tabanlı yardım alabileceği sosyal ilişkiler ve kaynaklar demektir. Sosyal destek, kişinin yaşamındaki stresle başa çıkmasına yardımcı olabilir, duygusal refahını artırabilir ve genel olarak sağlıklı bir yaşam sürmesine katkıda bulunabilir (48,49). Sosyal destek, aile bireyleri, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları ve diğer toplumsal ilişkiler aracılığıyla sağlanabilir. Bu destek, duygusal bir olayla başa çıkmak için bir arkadaşla konuşma, bir aile üyesinden danışmanlık alma, acil bir durumda yardım almak veya bilgi edinmek gibi çeşitli şekillerde ifade edilebilir (48,49). Araştırmalar, sosyal destek almanın, stresin etkilerini azaltarak ruh sağlığını iyileştirebileceğini, fiziksel sağlığı güçlendirebileceğini ve yaşam kalitesini artırabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlıklı sosyal ilişkiler kurmak ve sosyal destek ağlarını sürdürmek, bireylerin genel refahını destekleyen önemli bir faktördür (48,49).

İnfertilite, çiftler üzerinde ciddi bir stres kaynağı olabilir ve bu durumda sosyal destek, ruh sağlığı açısından önemli bir rol oynar. Güçlü sosyal destek, psikolojik ve fiziksel sağlığı pozitif yönde etkiler ve sosyal desteğin stresin olumsuz etkilerini hafiflettiği bilinmektedir (50). Yakın arkadaşlar, aile üyeleri veya destek grupları gibi sosyal ağlar, kişilerin duygusal yüklerini paylaşmalarını sağlar ve bu da infertilite kaynaklı stresi hafifletebilir. Karaca ve Ünsal'ın (2015) çalışmasında, kadınların çoğunluğunun (%72) infertilite sorunlarını çevreleriyle paylaştıkları, bunu paylaşmayan kadınların ise daha fazla sosyal sorun yaşadığı tespit edilmiştir (9,10). İnfertiliteyle başa çıkmak, duygusal olarak zorlayıcı olabilir. Sosyal destek, bireylerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilir. İlgili kişilerle

konusmak, duyguları ifade etmek ve empati almak, bireylerin kendilerini daha desteklenmiş hissetmelerini sağlar. Altıntop ile Kesgin'in (2018) araştırmasında, infertil çiftlerin sosyal destek seviyeleri arttıkça anlık ve kalıcı kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür (9,51). Sosyal destek ağı, infertiliteyle başa çıkmak için önemli bilgi ve kaynaklara erişimi kolaylaştırabilir. Diğer çiftlerin deneyimlerinden öğrenme ve doktorlar, uzmanlar veya destek grupları gibi kaynaklardan yardım alma fırsatı, bireylerin kendilerini daha güçlü hissetmelerine ve sorunlarını çözmelerine yardımcı olabilir. Sosyal destek, bireylerin umutlarını canlı tutmalarına ve iyimserliklerini korumalarına yardımcı olabilir. Destek veren kişilerin olumlu tutumları ve motivasyonları, infertilite sürecindeki çiftlere destek olabilir ve onları daha güçlü bir şekilde hareket etmeye teşvik edebilir. İnfertilite, çiftleri genellikle yalnızlık hissiyle baş başa bırakabileceğinden sağlam bir sosyal destek ağı, bu yalnızlık duygusunu azaltabilir ve çiftler, kendilerini anlayan ve destekleyen kişilerin varlığıyla daha az yalnız hissederler.

Sonuç olarak, sosyal destek, infertilite sürecindeki bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Bu destek, stresi azaltabilir, duygusal ihtiyaçları karşılayabilir, bilgi ve kaynaklara erişimi kolaylaştırabilir, iyimserliği artırabilir ve yalnızlık hissini azaltabilir. Bu nedenle, infertiliteyle başa çıkan çiftlere sosyal destek sağlamak önemlidir ve bu desteğin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olabilir (52).

2.8 Yaşam Kalitesi ve İnfertilite

DSÖ'ne göre, yaşam kalitesi, kişilerin hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgi alanlarına bağlı olarak, kendi yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içindeki durumlarını nasıl algıladıklarını belirten bir kavramdır. Ayrıca, yaşam şartlarından elde edilebilecek kişisel tatmini etkileyen ve hastalıklara, günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine kişinin tepkilerini yansıtan bir kavram olarak da tanımlanır (53–55).

Yaşam kalitesi, kişilerin kültürel, psikolojik, fiziksel ve sosyal faktörlerden etkilendiği karmaşık bir kavramdır. İnfertilite de yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Dünya genelinde %3,5 ile %16 arasında değişen bir yaygınlığa sahip olan infertilite, bir yaşam krizi olarak görülmektedir. İnfertilite tanısının konulması, tedavi seçeneklerinin ve sürecinin yeterince açıklanmaması, tedaviye ve sonuçlarına ilişkin yaşanan belirsizlikler gibi nedenler, infertil bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (56–61).

Infertilite, aynı zamanda toplumsal baskıdan kaynaklanan bir olumsuz etkiye de sahiptir. Birçok kültürde, çocuk sahibi olmak prestij ve değer kazanmak olarak algılanır. Toplumun bu beklentileri, çocuk sahibi olamayan bireylerde mutsuzluk ve yetersizlik hissine neden olabilir. Infertilite, toplum içinde dışlanmaya, erkeklerde başarısızlık hissine ve çiftler arasında uyumsuzluğa yol açarak yaşam kalitesini düşürebilir (57,62,63). Infertil bireylerde yaşam kalitesi, stres ve psikososyal sağlıkla ilişkilidir ve üreme sonuçlarını etkileyebilir. Bu nedenle, infertil bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, psikososyal sağlıklarını ve üreme sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayabilir (57,64).

2.9 Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı

Yaşam kalitesi ve ruh sağlığı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. İyi bir yaşam kalitesi genellikle sağlıklı bir ruh sağlığıyla ilişkilendirilirken, zayıf bir yaşam kalitesi genellikle ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir. İyi bir yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını tatmin edebilme yeteneğiyle ilişkilidir. Bu, kişinin memnuniyet düzeyini, mutluluğunu, stresle başa çıkma becerisini ve genel yaşam doyumunu içerir (53,54,65).

Ruh sağlığı ise kişinin duygusal ve psikolojik iyi olma durumunu ifade eder. İyi bir ruh sağlığı, duygusal denge, stresle başa çıkma becerisi, olumlu ilişkiler kurma yeteneği ve yaşamla başa çıkma gücü anlamına gelir (53,54,65). Bu iki kavram arasındaki ilişki karmaşıktır çünkü yaşam kalitesi, ruh sağlığını etkilerken, aynı zamanda ruh sağlığı da yaşam kalitesini etkileyebilir. Örneğin, kronik stres, depresyon veya kaygı gibi ruh sağlığı sorunları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilirken, yaşam kalitesinin artırılması, ruh sağlığını iyileştirebilir (53,54,65).

Sonuç olarak, yaşam kalitesi ve ruh sağlığı arasındaki ilişki karmaşık ve karşılıklıdır. İyi bir yaşam kalitesi, sağlıklı bir ruh sağlığını desteklerken, sağlıklı bir ruh sağlığı da yaşam kalitesini artırabilir (53,54,65).

2.10 Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek

Yaşam kalitesi ve sosyal destek arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal destek, kişinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür ve birçok açıdan olumlu sonuçlar

doğurabilir. İyi bir sosyal destek ağına sahip olmak, kişinin fiziksel, duygusal ve ruhsal iyilik hali ile genel yaşam memnuniyetini artırabilir (49,66).

Yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelerken göz önünde bulundurulması gereken bazı noktalar:

1. Duygusal Destek: Sosyal destek, bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilir. Bu destek, kişinin zor zamanlarında yanında olan, onu dinleyen ve anlayan kişilerden gelir. Duygusal destek, kişinin stresle başa çıkma yeteneğini artırarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.
2. Pratik Destek: Sosyal destek aynı zamanda pratik yardımı içerir. Günlük yaşamda ihtiyaç duyulan yardımı sağlamak, kişinin yaşam kalitesini artırabilir. Örneğin, bir arkadaşın taşınma işlerine yardım etmek veya aile bireylerinin bakımını üstlenmek gibi.
3. Sosyal Bağlantılar: Sosyal destek ağı, kişinin sosyal bağlarını güçlendirerek bireyin kendini daha bağlı ve desteklenmiş hissetmesini sağlar. Bu da yaşam kalitesini artırır.
4. Stresle Başa Çıkma: Sosyal destek, kişinin stresle başa çıkma yeteneğini artırabilir. Zorluklarla karşılaştığında destek alabilme ve paylaşabilme, kişinin daha az stres yaşamasına ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasına yardımcı olur.
5. Sosyal İzolasyonun Etkisi: Tam tersi durumda, yetersiz sosyal destek veya sosyal izolasyon, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. İzole olma, depresyon ve kaygı gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir.

Sonuç olarak, sosyal destek, kişinin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Sağlam bir sosyal destek ağına sahip olmak, kişinin duygusal ihtiyaçlarını karşılayarak, stresle başa çıkma yeteneğini artırır ve genel yaşam memnuniyetini yükseltir. Bu nedenle, sosyal destek sağlamak bireylerin yaşam kalitesini artırmak için önemli bir stratejidir (49,66).

2.11 İnfertilite Tanı ve Tedavi Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite çiftler üzerinde panik, stres ve duygusal stres oluşturur. Bu aşamada yaşanan stresin azaltılması ve çiftlere bilgi kaynağı olması açısından hemşireler önemli rol üstlenmektedir. İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde hemşirelik yaklaşımı, çiftlerin fiziksel, duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarını dikkate alarak kapsamlı bir bakımı içermelidir. Bu

yaklaşım, çiftlerin tedavi sürecini daha iyi yönetmelerine ve destek almalarına yardımcı olabilir (11,67).

Infertil çiftlerin, yaşadıkları fiziksel ve duygusal değişimlere yönelik farkındalıklarını artırmalarına yardımcı olacak bir danışmana olan ihtiyaçları vurgulanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, bu çiftlere duygusal zorluklarını, hayal kırıklıklarını ve ilişki problemlerini açıklamalarında yardımcı olmak için danışmanlık hizmeti sunabilirler. Literatürde, infertil çiftlerin psikososyal değerlendirmesini ve terapötik danışmanlığını gerçekleştirebilecek uzmanlar arasında psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve eğitim almış terapistlerin yer aldığı belirtilmiştir. Bu değerlendirme sürecinde, çiftlerin tanısıl işlemlerin yapıldığı dönemde psikososyal danışmanlık almaları ideal olarak önerilmektedir. Temel rollerinden biri danışmanlık olan hemşire, tanı-tedavi süresince infertil çiftleri profesyonel destek almaya cesaretlendirmelidir. Ayrıca, psikiyatri hemşiresi, infertilite hemşiresinin değerlendirmesi sonucunda psikososyal danışmanlık gereken çiftlere yönelik danışmanlık hizmetleri sunmak üzere konsültan olarak da görev yapabilir (16,33,68–72).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma infertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları arandı;

- İnfertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı ne düzeydedir?
- İnfertilite tedavisi gören kadınların sosyal destek sistemleri yeterli midir?
- İnfertilite tedavisi gören kadınların yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- İnfertilite tedavisi gören kadınların sosyodemografik ve infertilite ile ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesinde fark var mıdır?
- İnfertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da Anadolu Yakasında bir kadın doğum hastanesinin infertilite polikliniğinde 01.01.2023-30.06.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-50 yaş arası primer ya da sekonder infertilite tanısı almak
- İletişim sorunu olmamak
- Bilinen ciddi bir psikiatrik sorunu olmamak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklemenin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesabı formülü kullanıldı. Formüle göre örneklemenin minimum **241** infertilite tedavisi gören kadın olması gerektiği belirlendi (73).

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

Formülde

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

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

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

N=13000 (İstanbul’da Anadolu yakasında bir hastanenin infertilite polikliniğine 1 yılda başvuran hasta sayısı)

p= 0,20 (Türkiye’de infertilite oranı%10-20) (74).

q= 0,80

d=0,05

t= 1,96 ($\alpha=0.05$ ∞ serbestlik derecesinde t değeri)

$$\frac{13000 \times (1,96)^2 \times 0,20 \times 0,80}{(0,05)^2 \times 12999 + (1,96)^2 \times 0,20 \times 0,80} = 241$$

3.5 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, aile yapısı, yaşadığı yer, medeni durum, eş eğitimi, evlilik süresi, kronik hastalık / ruhsal hastalık varlığı, infertilite tanı süresi, tedavi süresi, infertilitenin kaynağı, çocuk sayısı, infertilite tedavisi hakkında

bilgisi olma durumu, sigara kullanma durumu, genel olarak sağlığını değerlendirme durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, BKİ, günlük uyku süresi.

3.6 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Hastane Anksiyete ve Depresyon leği puanları
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği puanları
- Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi leği puanları

3.7 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) leği, ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ) leği ve Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi (FERTİQOL) leği ile toplandı.

3.7.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu; yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, aile yapısı, yaşadığı yer, medeni durum, eş eğitimi, evlilik süresi, kronik hastalık varlığı, tanı süresi, tedavi süresi, infertilitenin kaynağı, ocuk sayısı, infertilite tedavisi hakkında bilgisi olma durumu, sigara kullanma durumu, genel olarak sağlığını değerlendirme durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, boy/kilo değerleri ve günlük uyku süresini içeren toplam 33 sorudan oluşmaktadır. BKİ ağırlık /boy² formülü ile hasta beyanına göre hesaplandı (EK 1).

3.7.2 Hastane Anksiyete ve Depresyon leği (HADS)

HADS, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik alışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, hastaların psikolojik durumlarını değerlendirmek ve gereken önlemleri almak içindir. Ölçekte 4'l likert tipinde anksiyete belirtilerini ölçen 7 madde ve depresyon belirtilerini ölçen 7 madde olmak üzere 14 soru yer almaktadır. Ölçek 0-3 arasında puanlanmakta olup bazı maddeler için 3, 2, 1, 0 şeklinde puanlama yapılırken, diğerleri için 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Anksiyete alt leği için kesme puanı 10, depresyon alt leği için ise 7'dir. Bu puanların üzerinde olanlar risk altında kabul edilir. Ölçeğin orijinal

Cronbach alpha katsayısı, anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 0,85, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 0,77 olarak belirlenmiştir (75). Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alpha katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği içinse 0,77 olarak bulunmuştur (76). Bu araştırmada Cronbach Alpha Katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,66, depresyon alt ölçeği için 0,64 bulundu. (EK 2)

3.7.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiş formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. (Cronbach Alfa:0,80-0,85). ÇBASDÖ üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan) algılanan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirilmektedir. Ölçek 7’li likert tipte 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her biri dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Ölçekteki maddelerin puanları toplanarak alt ölçek puanları hesaplanmaktadır. Alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeklerden alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (77). Bu araştırmada Cronbach Alpha Katsayısı Algılanan Sosyal Destek Genel alt ölçeği için 0,88, Aileden Algılanan Sosyal Destek alt ölçeği için 0,87, Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek alt ölçeği için 0,87, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt ölçeği için 0,88 bulundu (EK 3).

3.7.4 Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi (FERTİQOL) Ölçeği

FERTİQOL Ölçeği Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiş olup 2014 yılında Çetinbaş ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (11,78). Ölçeğin oluşturulma amacı doğurganlık sorunu yaşayan bireylerde hayat kalitesini ölçmektir. Ölçek 5’li Likert tipinde 36 sorudan oluşmaktadır. Puanlama 0 ile 4 arasında değişir ve yüksek puanlar yüksek yaşam kalitesini yansıtır. Ölçek, üç ana ölçek ve altı alt ölçekten oluşur ve toplamda 0 ile 100 arasında bir puan almaktadır. Ölçeğin çekirdek bölümü 24 soru ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar duygusal, ilişkisel, sosyal ve zihin-beden, alt ölçeklerdir. Her alt ölçek altı sorudan oluşmaktadır. Cronbach alfa katsayıları duygusal alt ölçek için 0,76, akıl/beden alt ölçeği için 0,76, ilişkisel alt ölçek için 0,64 ve sosyal alt ölçek için 0,65 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 10 sorudan oluşan tedavi modülü ise tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu adı altında iki alt boyutu kapsamaktadır. Çevresel alt

ölçek altı sorudan oluşup Cronbach alfa katsayısı 0,75, dayanma gücü alt ölçeği ise dört sorudan oluşup Cronbach alfa katsayısı 0,69'dur (78). Bu araştırmada Cronbach Alpha Katsayısı FERTİQOL Toplam için 0,92, Çekirdek Modülü Toplam için 0,91, Çekirdek Modülü Duygusal alt ölçeği için 0,89, Çekirdek Modülü Zihin Beden alt ölçeği için 0,88, Çekirdek Modülü İlişkisel alt ölçeği için 0,92, Çekirdek Modülü Sosyal alt ölçeği için 0,91, Tedavi Modülü Toplam için 0,92, Tedavi Modülü Tedavi Çevresi alt ölçeği için 0,90, Tedavi Modülü Tedavi Tolerasyonu alt ölçeği için 0,90 bulundu (EK 3).

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Etik Kurul Onayı (21.12.2022; 151) ve kurum izni araştırmanın yapıldığı hastaneden alındı (EK-5). Çalışmaya katılan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek katılmak isteyenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı.

3.9 Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uyumunu belirlemek için Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) incelendi. Bu değerlerin +1,5 ile -1,5 arasında olduğu ve verilerin literatüre göre normal dağılıma uyduğu belirlendi (79). Verilerin analizinde parametrik testler (bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirildi (80). Etki büyüklüğü Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları ile hesaplandı. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyüklükte bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0,2: küçük; 0,5: orta; 0,8: büyük olarak, eta kare değeri 0,01: küçük; 0,06: orta; 0,14: büyük olarak değerlendirilmektedir (81).

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul'da Anadolu Yakasında bir devlet hastanesinin infertilite polikliniğine başvuran kadınlar ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırma kendi örneklemine genellenebilir. Araştırmanın verileri kadınların öz bildirimine dayalı olarak toplandı. Araştırmada infertilite nedeni sadece kadın olarak sınırlandırılmadı, hem kadına hem de erkeğe bağlı nedenli infertil

olanlar alışmaya dahil edildi. Araştırmada objektif bir değerlendirme, lm ve gzlem yapılmadı.

4 BULGULAR

4.1 Kadınların Tanıtıcı ve İnfertilite ile İlgili Özellikleri

Bu bölümde kadınların tanıtıcı, sağlık ve infertilite ile özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=250)

Özellikler	Ort	Ss
Yaş (Yıl)	30,26	5,37
Evlilik süresi (Yıl)	4,91	2,47
	n	%
Yaş		
21-25	45	18,0
26-30	93	37,2
31-35	63	25,2
36 ve Üzeri	49	19,6
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	28	11,2
Ortaokul	22	8,8
Lise	86	34,4
Üniversite ve üzeri	114	45,6
Meslek		
Ev hanımı ve çalışmayan	195	78,0
Çalışan	55	22,0
Medeni durum		
Evli	247	98,8
Bekar	3	1,2
Eşin eğitim durumu		
Ortaokul ve altı	59	23,6
Lise	98	39,2
Üniversite ve üzeri	93	37,2
Eşin mesleği		
Çalışmayan	3	1,2
Memur	29	11,6
İşçi	89	35,6
Serbest meslek	56	22,4
Sağlık çalışanı	7	2,8
Emekli	66	26,4
Gelir düzeyi		
Kötü	25	10,0
Orta	146	58,4

İyi	79	31,6
Çocuğu olma durumu		
Var	26	10,4
Yok	224	89,6
Toplam çocuk sayısı		
0	224	89,6
1	26	10,4
Yaşanılan yer		
Şehir	206	82,4
İlçe	44	17,6
Aile tipi		
Geniş aile	27	10,8
Çekirdek aile	223	89,2
Evlilik süresi		
1-5 yıl	169	67,6
6 yıl ve üzeri	81	32,4
Evlilik sayısı		
1	239	95,6
2	11	4,4
Toplam	250	100

Kadınların yaş ortalaması $30,26 \pm 5,37$ olup %18'i 21-25, %37,2'si 26-30, %25,2'si 31-35, %19,6'sı 36 ve üzeri yaş grubundadır. Kadınların %11,2'si ilkokul ve altı, %8,8'i ortaokul, %34,4'ü lise, %45,6'sı üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Kadınların %78'i ev hanımı ve çalışmayan, %22'si aktif çalışandır. Kadınların %98,8'i evli, %1,2'si bekardır. Kadınların eşlerinin eğitim durumları %23,6'sı ortaokul ve altı, %39,2'si lise, %37,2'si üniversite ve üzeridir. Kadınların eşlerinin %1,2'si çalışmıyor, %11,6'sı memur, %35,6'sı işçi, %22,4'ü serbest meslek sahibi, %2,8'i sağlık çalışanı, %26,4'ü ise emeklidir. Kadınlar gelir durumlarını %10'u kötü, %58,4'ü orta, %31,6'sı iyi olarak ifade etti. Kadınların %10,4'ünün çocuğu var, %89,6'sının yoktur. Kadınların %10,4'ünün 1 çocuğu vardır. Kadınların %82,4'ü şehir, %17,6'sı ilçede yaşamaktadır. Kadınların %10,8'i geniş aile, %89,2'si çekirdek aile tipindedir. Kadınlar evlilik süreleri %67,6'sının 1-5 yıl, %32,4'ünün 6 yıl ve üzeridir. Kadınların %95,6'sının 1 evlilik yapmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların İnfertilite İle İlgili Özellikleri (n=250)

Özellikler	Ort	Ss
Tanı süresi (yıl)	2,50	2,10
Daha önceki infertilite tedavi sayısı	2,46	1,47
Daha önceki tedavi süresi	2,69	1,97
	n	%
Tanı süresi		
1 yıl	117	46,8
2 yıl	51	20,4
3 yıl ve üzeri	82	32,8
Daha önce infertilite tedavisi görme durumu		
Evet	127	50,8
Hayır	123	49,2
Yapılan tedavi		
Tedavi türüne karar verilmeyen	47	18,8
Tüp bebek tedavisi	62	24,8
Aşılama tedavisi	118	47,2
İlaç Kullanımı	23	9,2
Tedavi alma kararı alan kişi		
Kendisi	71	28,4
Eşi	7	2,8
Her İkisi	172	68,8
İnfertilite kaynağı		
Kendisi	100	40,0
Eşi	13	5,2
Her ikisi	17	6,8
Bilinmeyen nedeni	120	48,0
İnfertilite nedeni kadın ise infertilite nedeni (n=117)		
Polikistik over sendromu	62	53,0
Hormon bozukluğu	13	11,1
Yumurta rezervi düşüklüğü	24	20,5
Enfeksiyon	3	2,6
Endometriozis	3	2,6
Tüplerin alınması	5	4,3
Doğuştan gelen anomali	2	1,7
Tüplerin tıkanıklığı	5	4,3
İnfertilite nedeni erkek ise infertilite nedeni (n=30)		
Sperm sayısının düşüklüğü	9	30,0
Sperm hareketsizliği	10	33,3
Bilinmeyen nedeni	3	10,0
Varikosel	8	26,7
İnfertilite tedavisi hakkında bilgisinin olma durumu		
Var	110	44,0

Yok	140	56,0
İnfertilite türü		
Primer	224	89,6
Sekonder	26	10,4
Toplam	250	100

Kadınların infertilite tanı süresi ortalaması $2,50 \pm 2,10$, daha önceki infertilite tedavi sayısı ortalaması $2,46 \pm 1,47$, daha önceki tedavi süresi ortalaması $2,69 \pm 1,97$ 'dir. Kadınların %46,8'inin tanı süresi 1 yıl, %20,4'ünün tanı süresi 2 yıl, %32,8'inin tanı süresi 3 yıl ve üzeridir. Kadınların %50,8'i daha önce infertilite tedavisi almış, %49,2'si daha önce infertilite tedavisi almamıştır. Kadınların şu an yapılan tedaviye göre %18,8'i tedavi türüne karar verilmeyen, %24,8'i tüp bebek tedavisi, %47,2'i aşılama tedavisi, %9,2'si ilaç kullanımı olarak dağıldığı tespit edilmiştir. Kadınların %28,4'i kendisinin, %2,8'i eşinin, %68,8'i her ikisinin tedavi alma kararı aldığını ifade etmiştir. Kadınlar infertilite kaynağının %40'ı kendisi, %5,2'i eşi, %6,8'i her ikisi, %48'i bilinmeyen nedenli olarak ifade etmiştir.

İnfertilite nedeni kadın ise infertilite nedenleri %53'ü polikistik over sendromu, %11,1'i hormon bozukluğu, %20,5'i yumurta rezervi düşüklüğü, %2,6'sı enfeksiyon, %2,6'sı endometriozis, %4,3'ü tüplerin alınması, %1,7'si doğuştan gelen anomali, %4,3'ü tüplerin tıkanıklığı olarak dağılmıştır.

İnfertilite nedeni erkek ise infertilite nedenleri %30'u sperm sayısının düşüklüğü, %33,3'ü sperm hareketsizliği, %10'u bilinmeyen nedenli, %26,7'si varikosel olarak dağılmıştır. Kadınların %44'ü infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olduğunu, %56'sı bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Kadınlar infertilite türüne göre %89,6'sı primer, %10,4'ü sekonder infertilitedir (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışları (n=250)

Özellikler	Ort	Ss
BKİ (Boy/ m²)	26,47	4,90
Sigara kullanma süresi (Yıl)	12,22	5,36
Günlük uyku süresi (Saat)	7,97	1,02
	n	%
Sağlığın değerlendirilmesi		
Kötü	15	6,0
Orta	96	38,4
İyi	139	55,6
BKİ		
Normal kilolu	115	46,0
Fazla kilolu	70	28,0
I. derece obez ve üzeri	65	26,0
Sigara kullanma durumu		
Evet	40	16,0
Hayır	210	84,0
Günlük içilen sigara (Paket) (n=40)		
1	33	82,5
2	7	17,5
Kronik hastalık varlığı		
Var	41	16,4
Yok	209	83,6
Kronik hastalık (n=41)		
Tiroid	19	46,3
Astım	10	24,4
Hipertansiyon	6	14,6
Diyabet	2	4,9
Ailevi akdeniz ateşi	1	2,4
Vertigo	3	7,3
Fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	128	51,2
Hayır	122	48,8
Toplam	250	100

Kadınların BKİ ortalaması $26,47 \pm 4,90$, sigara kullanma süresi ortalaması $12,22 \pm 5,36$, günlük uyku süresi ortalaması $7,97 \pm 1,02$ olarak saptanmıştır. Kadınların %6'sı sağlığını kötü, %38,4'ü orta, %55,6'sı iyi olarak değerlendirmiştir. BKİ değerine göre kadınların %46'sı normal kilolu, %28'i fazla kilolu, %26'sı 1.derece obez ve üzeri olarak dağılım göstermiştir. Kadınların %16'sı sigara kullanmakta, %84'ü sigara kullanmamaktadır. Kadınların %82,5'i günde 1 paket, %17,5'i günde 2 paket sigara kullanmaktadır. Kadınların

%16,4'ünün kronik hastalığı var, %83,6'sının yoktur. Kadınların %46,3'ünde kronik hastalık olarak tiroid, %24,4'ünde astım, %14,6'sında hipertansiyon, %4,9'ünde diyabet, %2,4'ünde ailevi akdeniz ateşi, %7,3'ünde vertigo mevcuttur. Kadınların %51,2'si fiziksel aktivite yapmakta olduğunu ve %48,8'i yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 3).

4.2 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile İlgili Bulgular

Bu bölümde Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları (n=250)

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	Ort	Ss	Min.	Maks.
Hastane Anksiyete	9,55	3,45	4	21
Hastane Depresyon	6,89	3,47	0	20

Kadınların “Hastane Anksiyete” alt ölçeği puan ortalaması $9,55 \pm 3,45$, “Hastane Depresyon” alt ölçeği puan ortalaması $6,89 \pm 3,47$ olarak belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğine Göre Anksiyete ve Depresyon Riskleri (n=250)

Anksiyete riski				Depresyon riski			
Var (10 ve üstü)		Yok (9 ve altı)		Var (7 ve üstü)		Yok (6 ve altı)	
n	%	n	%	n	%	n	%
107	42,8	143	57,2	136	54,4	114	45,6

HAD ölçeğine göre kadınların %42,8'inin anksiyete açısından, % 54,4'ünün depresyon açısından riskli olduğu belirlendi (Tablo 5).

4.3 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle İlgili Bulgular

Bu bölümde Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 6. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları (n=250)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Ort	Ss	Min.	Maks.
Aileden Algılanan Sosyal Destek	20,54	5,49	8	28
Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	20,35	5,36	6	28
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	17,13	7,63	4	28
Algılanan Sosyal Destek Genel	58,02	17,35	23	84

Kadınların “aileden algılanan sosyal destek” puan ortalaması $20,54 \pm 5,49$, “özel insandan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $20,35 \pm 5,36$, “arkadaştan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $17,13 \pm 7,63$ ve “algılanan sosyal destek genel” puan ortalaması $58,02 \pm 17,35$, olarak belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların Anksiyete ve Depresyon Risk Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=250)

Anksiyete ve Depresyon riski		Algılanan Sosyal Destek Genel	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek
	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Anksiyete riski var	107	57,56±17,82	20,28±5,41	20,46±5,11	16,80±8,32
Anksiyete riski yok	143	58,37±17,05	20,72±5,55	20,27±5,55	17,37±7,09
t=		-,368	-,623	,283	-,587
p		0,714	0,534	0,777	0,558
Depresyon riski var	136	54,308±17,33	19,27±5,80	19,22±5,17	15,81±7,52
Depresyon riski yok	114	62,46±16,37	22,05±4,67	21,71±5,28	18,70±7,50
t=		-3,799	-4,114	-3,752	-3,023
p		0,000	0,000	0,000	0,003

Kadınların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamaları anksiyete risklerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamaları kadınların depresyon risklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$, $p<0,01$). Depresyon riski olmayanların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği genel ve alt boyut puan ortalamaları depresyon riski olanlara göre yüksektir ($p<0,001$, $p<0,01$) (Tablo 7).

4.4 FERTİQOL Ölçeği İle İlgili Bulgular

Bu bölümde FERTİQOL Ölçeği puan ortalamaları ve çeşitli özelliklere göre puan ortalamalarının karşılaştırılma tabloları yer almaktadır.

Tablo 8. FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamaları (n=250)

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Çekirdek modülü toplam	63,29	18,23	15,62	94,79
Duygusal	55,49	22,07	0	100
Zihin Beden	56,61	24,91	0	100
İlişkisel	72,64	21,40	20,83	100
Sosyal	65,08	18,32	8,33	100
Tedavi modülü toplam	61,26	16,45	20	95
Tedavi Çevresi	60,70	17,87	8,33	100
Tedavi Tolerasyonu	62,37	22,67	0	100
FERTİQOL toplam	62,83	16,37	22,79	94,85

Kadınların ““çekirdek modülü toplam” puan ortalaması $63,29 \pm 18,23$, “duygusal” puan ortalaması $55,49 \pm 22,07$, “zihin beden” puan ortalaması $56,61 \pm 24,91$, “ilişkisel” puan ortalaması $72,64 \pm 21,40$, “sosyal” puan ortalaması $65,08 \pm 18,32$, “tedavi modülü toplam” puan ortalaması $61,26 \pm 16,45$, “tedavi çevresi” puan ortalaması $60,70 \pm 17,87$, “tedavi tolerasyonu” puan ortalaması $62,37 \pm 22,67$ ve FERTİQOL Ölçeği toplam” puan ortalaması $62,83 \pm 16,37$ olarak belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların Anksiyete ve Depresyon Risk Durumuna Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalmalarının Karşılaştırılması (n=250)

Anksiyete ve Depresyon riski		FERTİQOL Toplam	Duygusal	Zihin Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu
	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Anksiyete riski var	107	54,88±15,45	44,30±22,53	44,93±22,92	64,26±20,70	58,73±17,37	57,50±15,89	53,24±22,45
Anksiyete riski yok	143	68,78±14,44	63,86±17,62	65,35±22,72	78,91±19,77	69,84±17,61	63,09±18,92	69,20±20,38
t=		-7,304	-7,700	-7,002	-5,680	-4,964	-2,473	-5,865
p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Depresyon riski var	136	55,18±14,02	46,64±20,29	45,99±21,71	64,60±20,87	57,18±17,20	54,14±17,31	56,11±21,92
Depresyon riski yok	114	71,96±14,18	66,05±19,35	69,28±22,51	82,24±17,83	74,15±14,87	68,51±15,25	69,83±21,33
t=		-9,372	-7,691	-8,304	-7,107	-8,433	-6,896	-4,988
p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Kadınların FERTİQOL Ölçeği toplam puanları anksiyete ve depresyon risklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Anksiyete ve depresyon riski olmayanların FERTİQOL Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları anksiyete ve depresyon riski olanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=250)

Özellikler	n	FERTİQOL Toplam	Duygusal	Zihin Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş								
21-25 ¹	45	55,820±16,010	44,148±22,623	47,926±21,359	64,833±22,837	55,611±16,915	58,352±15,591	65,872±19,490
26-30 ²	93	64,099±14,118	54,884±19,332	57,912±23,522	75,063±19,809	66,335±18,310	64,624±15,542	64,640±19,411
31-35 ³	63	63,999±17,579	61,296±21,759	60,635±24,246	73,677±21,674	70,304±16,632	60,053±18,852	57,619±26,974
36 ve üzeri ⁴	49	65,381±17,813	59,609±23,404	56,973±29,778	73,912±21,640	64,711±18,898	56,242±21,376	60,969±24,571
F=		3,543	6,396	2,503	2,546	6,232	2,858	1,666
p=		0,015	0,000	0,060	0,057	0,000	0,038	0,175
PostHoc=		2,3,4>1 (p<0,05)	2,3,4>1 (p<0,05)			2,3,4>1 (p<0,05)	2>4 (p<0,05)	
Eğitim durumu								
İlkokul ve altı ¹	28	60,662±16,029	49,554±20,517	44,345±24,887	60,298±19,369	58,036±25,947	60,327±17,110	58,482±26,982
Ortaokul ²	22	60,715±11,478	59,280±13,482	56,326±21,349	67,046±19,958	57,273±11,858	53,182±10,806	66,398±18,003
Lise ³	86	63,432±16,492	53,004±22,979	58,236±24,671	77,083±22,147	63,760±17,597	62,985±18,172	67,965±17,426
Üniversite ve üzeri ⁴	114	63,327±17,259	58,099±22,781	58,465±25,189	73,414±20,433	69,328±16,628	60,519±18,682	58,333±24,962
F=		0,357	1,803	2,647	5,132	5,144	1,790	3,562
p=		0,784	0,147	0,050	0,002	0,002	0,150	0,015
PostHoc=				3,4>1, (p<0,05)	3,4>1, 3>2 (p<0,05)	4>1,2,3 (p<0,05)		3>4 (p<0,05)
Meslek								
Ev hanımı ve çalışmayan	195	62,298±15,720	52,910±21,071	55,453±24,745	72,774±21,285	63,342±17,809	60,735±16,848	63,639±21,234
Çalışan	55	64,738±18,547	64,652±23,285	60,742±25,304	72,197±22,020	71,273±18,956	60,576±21,300	57,886±26,919
t=		-0,976	-3,565	-1,393	0,176	-2,875	0,058	1,667
p=		0,330	0,000	0,165	0,860	0,004	0,954	0,148
Eşin eğitim durumu								
Ortaokul ve altı	59	56,967±16,526	52,076±21,483	46,836±23,960	59,181±21,695	58,418±14,688	56,031±14,015	55,225±26,564
Lise	98	65,447±16,036	54,898±21,737	58,708±23,212	77,840±20,115	67,772±20,193	64,524±17,870	67,768±20,119
Üniversite ve üzeri	93	63,805±15,880	58,289±22,668	60,618±25,843	75,717±19,031	66,488±17,462	59,633±19,330	61,223±21,326
F=		5,381	1,494	6,353	17,583	5,415	4,546	6,062
p=		0,005	0,226	0,002	0,000	0,005	0,012	0,003
PostHoc=		2,3>1 (p<0,05)		2,3>1 (p<0,05)	2,3>1 (p<0,05)	2,3>1 (p<0,05)	2>1 (p<0,05)	2>1,3 (p<0,05)

Gelir düzeyi								
Kötü	25	58,135±18,135	53,500±24,226	46,533±29,280	63,700±21,824	57,400±16,888	57,867±15,406	61,430±20,175
Orta	146	62,653±16,101	54,264±21,597	56,330±25,364	72,118±20,853	65,405±18,491	62,118±17,782	61,584±24,245
İyi	79	64,658±16,198	58,397±22,251	60,338±21,797	76,456±21,606	66,930±18,063	58,977±18,706	64,130±20,463
F=		1,534	1,012	2,985	3,550	2,656	1,141	0,345
p=		0,218	0,365	0,052	0,030	0,072	0,321	0,708
PostHoc=					3>1 (p<0,05)			
Çocuk sahibi olma durumu								
Var	26	71,804±10,559	66,667±19,685	67,628±26,918	75,962±21,561	68,910±14,664	57,532±18,432	65,385±18,509
Yok	224	61,794±16,627	54,196±22,008	55,339±24,415	72,262±21,402	64,643±18,682	61,068±17,816	62,023±23,119
t=		2,998	2,763	2,404	0,834	1,124	-0,954	0,715
p=		0,000	0,006	0,017	0,405	0,262	0,341	0,475
Yaşanılan yer								
Şehir	206	63,636±16,625	56,384±21,768	57,358±24,711	73,519±22,088	65,651±19,158	61,331±17,814	62,567±22,359
İlçe	44	59,084±14,750	51,326±23,256	53,144±25,853	68,561±17,504	62,443±13,653	57,746±18,073	61,466±24,348
t=		1,680	1,382	1,019	1,398	1,054	1,209	0,292
p=		0,094	0,168	0,309	0,109	0,195	0,228	0,771
Aile tipi								
Geniş aile	27	64,799±18,245	57,161±21,430	62,778±26,782	69,136±19,688	63,549±18,213	64,290±15,132	73,472±18,069
Çekirdek aile	223	62,597±16,163	55,292±22,189	55,871±24,638	73,072±21,606	65,273±18,373	60,265±18,161	61,029±22,839
t=		0,659	0,415	1,363	-0,902	-0,461	1,105	2,728
p=		0,510	0,679	0,174	0,368	0,645	0,270	0,007
Evlilik süresi								
1-5	169	63,010±15,164	54,517±19,964	56,647±23,098	73,969±20,494	66,169±16,484	61,085±18,987	61,834±22,065
6 yıl ve üzeri	81	62,469±18,749	57,531±25,949	56,554±28,490	69,887±23,080	62,829±21,613	59,897±15,381	63,497±23,999
t=		0,244	-1,010	0,028	1,414	1,351	0,491	-0,542
p=		0,821	0,358	0,980	0,159	0,221	0,598	0,588
Evlilik sayısı								
1	239	62,699±16,315	55,868±21,764	57,270±24,393	73,149±21,253	65,276±18,533	60,774±17,876	62,603±22,649
2	11	65,775±18,230	47,349±27,968	42,424±32,608	61,742±22,838	60,985±13,027	59,091±18,673	57,386±23,753
t=		-0,608	1,253	1,943	1,735	0,759	0,305	0,745
p=		0,543	0,211	0,053	0,084	0,449	0,761	0,457

F: Anova Testi; t: Bağımsız gruplar t testi; PostHoc: Tukey, LSD

Kadınların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,031$). Kadınlardan lise mezunlarının, üniversite ve üzeri mezuniyeti olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları ilkokul ve altı olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,059$). Kadınlardan lise mezunlarının, üniversite ve üzeri mezuniyeti olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları ilkokul ve altı eğitimi olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınlardan lise mezunlarının ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları ortaokul mezunlarının ilişkisel alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,05$). Kadınların sosyal alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,059$). Üniversite ve üzeri eğitimi olan kadınların sosyal alt ölçek puan ortalamaları ilkokul ve altı eğitimi olanların, ortaokul mezunlarının ve lise mezunlarının sosyal alt ölçek puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,042$). Kadınlardan lise mezunlarının tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları üniversite ve üzeri eğitim durumu olan kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların FERTİQOL toplam, duygusal, tedavi çevresi alt ölçeklerinin puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Ev hanımı olan ve çalışmayan kadınların duygusal alt ölçek puan ortalamaları, aktif çalışan kadınların duygusal alt ölçek puan ortalamalarından düşük bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,049$). Ev hanımı olan ve çalışmayan kadınların sosyal alt ölçek puan ortalamaları, aktif çalışan kadınların puan ortalamalarından düşük bulundu. ($p<0,05$; $\eta^2=0,032$). Kadınların FERTİQOL toplam, zihin beden, ilişkisel, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarının mesleğe göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Kadınların FERTİQOL toplam alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,042$). Eşin eğitim durumu üniversite, üniversite üzeri ve lise olanların FERTİQOL toplam alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların FERTİQOL toplam puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,049$). Eşin eğitim durumu üniversite, üniversite üzeri ve lise olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu

ortaokul ve altı olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,125$). Eşin eğitim durumu üniversite, üniversite üzeri ve lise olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların sosyal alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,042$). Eşin eğitim durumu üniversite, üniversite üzeri ve lise olanların sosyal alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların sosyal alt ölçek puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,036$). Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,047$). Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre duygusal alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Kadınların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,028$). Gelir düzeyi iyi olan kadınların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları kötü olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Çocuk sahibi olanların FERTİQOL toplam puan ortalaması, çocuk sahibi olmayanların FERTİQOL toplam alt ölçek puan ortalamasından yüksek saptandı ($p<0,05$; $\eta^2=0,035$). Çocuk sahibi olanların duygusal alt ölçek puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayanların duygusal alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$; $\eta^2=0,030$). Çocuk sahibi olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayanların zihin beden alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$; $\eta^2=0,023$). Kadınların çocuk sahibi

olma durumuna göre ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Kadınların ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları toplam çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınların FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları yaşanılan yere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Geniş aile olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları, çekirdek aile olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$; $\eta^2=0,029$). Kadınların aile tipine göre FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Kadınların FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları evlilik süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınların evlilik sayısına göre FERTİQOL toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerine Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=250)

Özellikler	n	FERTİQOL Toplam Ort±SS	Duygusal Ort±SS	Zihin Beden Ort±SS	İlişkisel Ort±SS	Sosyal Ort±SS	Tedavi Çevresi Ort±SS	Tedavi Tolerasyonu Ort±SS
Tanı süresi								
1	117	63,247±13,413	55,869±20,616	57,472±22,870	73,974±17,082	70,192±13,689	60,506±18,550	63,541±21,828
2	51	60,790±19,251	48,480±24,050	53,578±29,085	72,876±25,301	56,111±21,705	61,242±17,174	54,353±23,551
3 yıl ve üzeri	82	63,519±18,290	59,319±22,049	57,287±25,093	70,610±24,263	63,384±19,545	60,640±17,528	65,695±22,408
F=		0,504	3,912	0,476	0,597	11,981	0,031	4,339
p=		0,605	0,021	0,622	0,551	0,000	0,970	0,014
PostHoc=			1,3>2, (p<0,05)			1,3>2, 1>3 (p<0,05)		1,3>2 (p<0.05)
Daha önce infertilite tedavisi görme durumu								
Evet	127	64,907±17,590	58,845±22,687	60,912±25,666	75,092±21,356	65,781±19,084	61,116±17,267	65,589±23,149
Hayır	123	60,695±14,786	52,033±20,955	52,182±23,399	70,122±21,247	64,370±17,560	60,271±18,545	59,053±21,772
t=		2,047	2,464	2,808	1,844	0,608	0,373	2,298
p=		0,041	0,014	0,005	0,066	0,544	0,710	0,022
Şu an yapılan tedavi								
Tedavi türüne karar verilmeyen	47	58,783±15,434	50,833±20,026	50,443±20,718	66,791±23,541	62,908±17,945	59,610±21,058	59,202±23,438
Tüp bebek tedavisi	62	64,243±16,203	57,836±21,173	58,427±23,568	71,815±22,099	64,288±20,388	59,664±20,022	62,456±22,572
Aşılama tedavisi	118	63,593±17,233	56,977±22,701	58,566±26,814	74,958±20,673	65,643±17,952	59,986±15,873	63,833±23,036
İlaç kullanımı	23	63,427±13,620	51,087±24,465	54,348±25,453	75,000±17,041	68,841±15,277	69,384±12,284	61,141±20,028
F=		1,210	1,422	1,382	1,771	0,616	2,024	0,489
p=		0,307	0,237	0,249	0,153	0,605	0,111	0,690
İnfertilite kaynağı								
Kendisi	100	63,335±14,139	56,533±22,266	55,967±24,379	68,225±20,744	65,025±14,347	63,558±15,730	62,003±22,022
Eşi	13	62,048±9,028	61,539±8,699	53,526±15,669	75,962±16,151	65,064±10,282	56,090±4,031	68,365±11,708
Her ikisi	17	63,841±16,477	52,941±19,251	53,431±24,792	77,206±18,288	72,059±17,968	64,706±12,852	70,956±19,831
Bilinmeyen nedenli	120	62,360±18,693	54,333±23,290	57,944±26,313	75,326±22,396	64,153±21,672	58,250±20,528	60,817±24,262
F=		0,095	0,582	0,293	2,453	0,924	2,208	1,317
p=		0,963	0,627	0,830	0,064	0,430	0,088	0,269

İnfertilite tedavisi hakkında bilgi durumu

Var	110	66,223±17,122	55,939±23,296	59,659±26,218	76,189±21,347	69,856±17,564	63,356±17,961	64,139±23,159
Yok	140	60,172±15,305	55,143±21,141	54,226±23,661	69,863±21,111	61,339±18,100	58,613±17,592	60,986±22,272
t=		2,945	0,283	1,718	2,340	3,741	2,097	1,092
p=		0,004	0,778	0,091	0,020	0,000	0,037	0,276

İnfertilite türü

Primer	224	61,794±16,627	54,196±22,008	55,339±24,415	72,262±21,402	64,643±18,682	61,068±17,816	62,023±23,119
Sekonder	26	71,804±10,559	66,667±19,685	67,628±26,918	75,962±21,561	68,910±14,664	57,532±18,432	65,385±18,509
t=		-2,998	-2,763	-2,404	-0,834	-1,124	0,954	-0,715
p=		0,000	0,006	0,017	0,405	0,262	0,341	0,475

F: Anova Testi; t: Bağımsız gruplar t testi; Post Hoc:Tukey, LSD

Kadınların infertilite tanı süresine göre duygusal alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,031$). Tanı süresi 1 yıl ve 3 yıl olanların duygusal alt ölçek puan ortalamaları tanı süresi 2 yıl olanların duygusal alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların tanı süresine göre sosyal alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,088$). Tanı süresi 1 yıl ve 3 yıl olanların sosyal alt ölçek puan ortalamaları tanı süresi 2 yıl olanların sosyal alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Tanı süresi 1 yıl olanların sosyal alt ölçek puan ortalamaları tanı süresi 3 yıl ve üzeri olanların sosyal alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların tanı süresine göre tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,034$). Tanı süresi 1 yıl ve 3 yıl olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları tanı süresi 2 yıl olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarından yüksek saptandı ($p<0,05$). Kadınların tanı süresine göre FERTİQOL toplam, zihin beden, ilişkisel, tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Daha önce infertilite tedavisi görenlerin FERTİQOL toplam puan ortalamaları, daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,017$). Daha önce infertilite tedavisi görenlerin duygusal alt ölçek puan ortalamaları ($x=58,845$), daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin puan ortalamalarından ($x=52,033$) yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,024$). Daha önce infertilite tedavisi görenlerin zihin beden alt ölçek puan ortalamaları, daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,031$). Daha önce infertilite tedavisi görenlerin tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları, daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,021$) (Tablo 11).

Kadınların daha önce infertilite tedavisi görme durumuna göre ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kadınların şu an yapılan tedaviye göre FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınların infertilite kaynağına göre FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

İnfertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olanların FERTİQOL toplam alt ölçek puan ortalamaları infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayanların FERTİQOL toplam alt ölçek puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,034$). İnfertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları, infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,022$). İnfertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olanların sosyal alt ölçek puan ortalamaları, infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,053$). İnfertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olanların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları, infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,017$). Kadınların infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre duygusal, zihin beden, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

İnfertilite türü primer olanların FERTİQOL toplam puan ortalamaları, infertilite türü sekonder olanların puan ortalamalarından düşük bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,035$). İnfertilite türü primer olanların duygusal alt ölçek puan ortalamaları, infertilite türü sekonder olanların puan ortalamalarından düşük bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,030$). İnfertilite türü primer olanların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları, infertilite türü sekonder olanların puan ortalamalarından düşük bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,023$). Kadınların infertilite türüne göre ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Kadınların Sağlık ile İlgili Özelliklere Göre FERTİQOL Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=250)

Özellikler	n	FERTİQOL Toplam	Duygusal	Zihin Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlığın değerlendirilmesi								
Kötü ¹	15	47,647±13,027	36,389±19,124	40,833±22,059	58,889±12,586	46,111±20,742	55,000±9,210	49,167±22,269
Orta ²	96	58,422±13,139	48,759±19,571	47,934±21,910	64,566±21,648	59,132±17,299	59,913±15,817	57,685±20,637
İyi ³	139	67,521±16,942	62,206±21,489	64,317±24,514	79,712±19,280	71,247±15,948	61,859±19,760	67,036±22,979
F=		17,729	25,144	18,886	17,533	20,215	25,001	3,301
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,038
PostHoc=		2,3>1, 3>2 (p<0,05)	2,3>1, 3>2 (p<0,05)	2>1, 3>1,2 (p<0,05)	3>1,2 (p<0,05)	3>1,2 (p<0,05)	2>1, 3>1,2 (p<0,05)	3>1 (p<0,05)
BKİ								
Normal kilolu	115	61,899±17,270	56,268±22,119	55,399±24,371	73,080±22,270	65,435±18,229	62,645±19,173	58,989±23,428
Fazla kilolu	70	61,803±15,274	53,441±20,635	54,833±24,748	70,917±19,906	67,179±13,684	54,607±17,450	59,743±25,106
I.derece obez ve üzeri	65	65,602±15,810	56,333±23,637	60,692±25,958	73,744±21,613	62,218±22,353	63,821±14,243	71,192±15,360
F=		1,257	0,419	1,188	0,336	1,276	5,966	6,989
p=		0,286	0,658	0,306	0,715	0,281	0,003	0,001
PostHoc=							1,3>2 (p<0,05)	3>1,2 (p<0,05)
Sigara kullanma durumu								
Evet	40	64,191±13,916	58,021±21,483	54,167±22,116	70,208±20,736	64,375±14,756	59,479±14,966	60,313±24,100
Hayır	210	62,576±16,820	55,012±22,202	57,083±25,434	73,111±21,547	65,222±18,958	60,933±18,400	62,766±22,432
t=		0,571	0,790	-0,678	-0,785	-0,267	-0,471	-0,626
p=		0,569	0,431	0,499	0,433	0,789	0,638	0,532
Kronik hastalık varlığı								
Var	41	60,940±17,977	52,337±24,386	53,557±28,284	74,390±20,530	63,415±21,399	64,329±12,979	58,140±28,107
Yok	209	63,206±16,063	56,112±21,601	57,217±24,229	72,305±21,604	65,415±17,702	59,988±18,629	63,203±21,432
t=		-0,810	-1,001	-0,860	0,570	-0,638	1,425	-1,309
p=		0,419	0,318	0,442	0,569	0,577	0,075	0,280
Fiziksel aktivite yapma durumu								
Evet	128	67,055±15,423	60,117±21,661	61,882±23,707	79,056±18,959	67,813±18,201	63,574±16,155	69,234±18,243
Hayır	122	58,407±16,233	50,642±21,537	51,093±25,048	65,922±21,830	62,227±18,093	57,684±19,125	55,174±24,630
t=		4,320	3,467	3,499	5,086	2,432	2,635	5,145
p=		0,000	0,001	0,001	0,000	0,016	0,009	0,000

F: Anova Testi; t: Bağımsız gruplar t testi; Post Hoc:Tukey, LSD

Kadınların sağlığın değerlendirilmesine göre FERTİQOL toplam puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,126$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin FERTİQOL toplam puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin FERTİQOL toplam puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Sağlığını orta olarak değerlendirenlerin FERTİQOL toplam puan ortalamaları sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların duygusal alt ölçek puan ortalamaları sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,133$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin duygusal alt ölçek puan ortalamaları orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Sağlığını orta olarak değerlendirenlerin duygusal alt ölçek puan ortalamaları sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,124$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin zihin beden alt ölçek puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 12).

Kadınların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,141$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların sosyal alt ölçek puan ortalamaları sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,168$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin sosyal alt ölçek puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Sağlığın orta olarak değerlendirenlerin sosyal alt ölçek puan ortalamaları sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,061$). Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların sağlığın değerlendirilmesine göre tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Kadınların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,046$). Normal kilolu olan kadınların ve 1. derece obez ve üzeri

olan kadınların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları fazla kilolu olan kadınların puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$; $\eta^2=0,054$). Obezite derecesi 1. derece obez ve üzeri olan kadınların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları normal kilolu olan ve fazla kilolu olan kadınların puan ortalamalarından yüksektir ($p<0,05$). Kadınların sigara kullanma durumuna FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kadınların kronik hastalık varlığına göre FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi, tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Fiziksel aktivite yapanların FERTİQOL toplam puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,070$). Fiziksel aktivite yapanların duygusal alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,046$). Fiziksel aktivite yapanların zihin beden alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,047$). Fiziksel aktivite yapanların ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,094$). Fiziksel aktivite yapanların sosyal alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,023$). Fiziksel aktivite yapanların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,027$). Fiziksel aktivite yapanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların puan ortalamalarından yüksek bulundu ($p<0,05$; $\eta^2=0,096$) (Tablo 12).

Tablo 13. FERTİQOL Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiler (n=250)

Ölçekler	1	2	3
1. FERTİQOL toplam			
2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Genel	0,384**		
3. Hastane Anksiyete	0,044	-0,445**	
4. Hastane Depresyon	-0,289**	-0,537**	0,428**

***<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi**

FERTİQOL Ölçeği ile algılanan sosyal destek alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($p<0,01$). FERTİQOL Ölçeği ile Hastane depresyon ölçeği arasında negatif zayıf ilişki bulundu ($p<0,01$). FERTİQOL Ölçeği ile Hastane anksiyete ölçeği arasında ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Algılanan sosyal destek ile Hastane anksiyete ve Hastane depresyon ölçekleri arasında negatif zayıf ilişki bulundu ($p<0,01$). Hastane anksiyete ve Hastane depresyon ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($p<0,01$) (Tablo 13).

5 TARTIŞMA

İnfertilite tedavisi gören kadınlarda ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada kadınların %42,8'inin anksiyete açısından, %54,4'ünün depresyon açısından riskli olduğu belirlendi. Depresyon riski olmayanların algıladıkları sosyal desteğin depresyon riski olanlara göre yüksek olduğu belirlendi. Anksiyete ve depresyon riski olmayanların yaşam kalitelerinin anksiyete ve depresyon riski olanlara göre yüksek olduğu belirlendi. Araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı.

Kadınların yaş ortalaması $30,26 \pm 5,37$ olup yaşa göre %18'i 21-25, %37,2'si 26-30, %25,2'si 31-35, %19,6'sı 36 ve üzeri yaş aralığındadır (Tablo 3). Literatürde, erkeklerin 40 yaşından, kadınların ise 30 yaşından sonra doğurganlık oranının azalmaya başladığı ve yaş ile doğurganlık hızı arasında ters bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (31,82). Yaş ilerledikçe doğurganlık kapasitesi de düşmektedir.

Çalışmada kadınların %11,2'sinin ilkokul mezunu veya daha az, %8,8'inin ortaokul, %34,4'ünün lise, %45,6'sının ise üniversite ve üzeri eğitim aldığı saptandı. Kadınların eşlerinin ise %23,6'sının ortaokul ve altı, %39,2'sinin lise, %37,2'sinin üniversite ve üzeri eğitim aldığı saptandı (Tablo 3). Literatürdeki bazı çalışmalara göre, infertilite tedavisi gören kadın ve erkekler arasında lise veya daha yüksek eğitim seviyesine sahip olma oranları %37 ile %83 arasında değişmektedir. Aarts ve arkadaşlarının çalışmasında (2011), katılımcıların %42'sinin eğitiminin yüksek olduğu belirlenmiştir (83,84). İnfertilite tedavisi alan kadınların eğitim seviyesinin yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek kadınların iş ve kariyer nedeniyle çocuk sahibi olmayı erteledikleri söylenebilir.

Çalışmadaki kadınların %67,6'sının evlilik süreleri 1-5 yıl, %32,4'ünün 6 yıl ve üzeridir. (Tablo 3). Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, katılımcıların %70,1'inin 5 yıl veya daha uzun süredir evli olduğu ortaya çıkmıştır. Kırço'nun 2009'daki çalışmasında ise katılımcıların %52,7'sinin 6 yıl veya daha fazla süredir evli olduğu belirlenmiştir. Bayram'ın 2009'daki araştırmasında ise katılımcıların %65,5'inin 5 yıl veya daha uzun zamandır evli oldukları tespit edilmiştir (85–87). Bu bulgular, birçok çalışmada incelenen kişilerin büyük bir kısmının uzun süreli evlilikleri olduğunu göstermektedir. Kadınların infertilite tanı süresi ortalaması $2,5 \pm 2,1$, daha önceki infertilite tedavi sayısı ortalaması $2,46 \pm 1,47$, daha önceki

tedavi süresi ortalaması $2,69 \pm 1,97$ yıl olarak saptandı (Tablo 3). Çalışmaya katılan kadınların %56'sının infertilite tedavisi bilgi sahibi olmadığı görüldü (Tablo 3).

Bu çalışmada çiftlerden %40'ında infertilite kaynağının kadın, %5,2'sinde infertilite kaynağı erkek, %6,8'inde infertilite kaynağı hem kadın hem erkek olarak tespit edildi. Çiftlerin %48'inde ise infertile nedeninin bilinmediği tespit edildi (Tablo 3). Bir araştırmaya göre, infertilite sebeplerinin %40'ı kadından, %40'ı erkekten ve %20'si ise her ikisinden kaynaklanmaktadır (88). Başka bir araştırmada ise, infertilite nedenlerinin %45'inin kadına, %44'ünün ise erkeğe bağlı olduğu belirlenmiştir (11). Bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Çalışmada infertilite nedeninin kadın olduğu çiftlerde infertilite nedenlerinin %53 polikistik over sendromu, %11,1 hormon bozukluğu, %20,5 yumurta rezervi düşüklüğü, %2,6 enfeksiyon, %2,6 endometriozis, %4,3 tüplerin alınması, %1,7 doğuştan gelen anomali, %4,3 ise tüplerin tıkanıklığı olarak dağıldığı saptandı. İnfertilite nedeninin erkek olduğu çiftlerde ise infertilite nedenlerinin %30'unun sperm sayısının düşüklüğünden, %33,3'ünün sperm hareketsizliğinden, %26,7'sinin varikoselden, %10'unun ise bilinmeyen nedenden kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 3). Yaylagülü'nün 2017'de yaptığı çalışmaya göre, kadın kaynaklı infertilite nedenleri arasında anovulasyon ve endometriozisin %11 oranında eşit bir dağılım sergilediği görülmektedir. Erkek kaynaklı nedenlere bakıldığında, %23'ünde primer testiküler yetmezlik, %17'sinde ise sperm üretiminde bozukluk tespit edilmiştir. Aynı çalışmada tanısı konulmuş kadınların %88'inin infertilite sebeplerini bildiği tespit edilmiştir (11).

Araştırmada kadınların “Hastane anksiyete” alt ölçeği puan ortalaması $9,55 \pm 3,45$, “Hastane depresyon” alt ölçeği puan ortalaması $6,89 \pm 3,47$ olarak belirlendi ve kadınların %42,8'inin anksiyete açısından, %54,4'ünün depresyon açısından riskli olduğu belirlendi (Tablo 5). Lakatos ve arkadaşlarının (2017) Macaristanda yaptıkları bir çalışmada infertil kadınların fertil kadınlara göre psikolojik durumları önemli ölçüde daha kötü bulunmuştur. İnfertil kadınlarda ortalama depresif semptom puanları $14,94 \pm 12,90$ iken, fertil kontrollerde bu değer $8,95 \pm 10,49$ olarak ölçülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, infertil kadınlarda anksiyete puanı ($48,76 \pm 10,96$), fertil kontrollerin ($41,18 \pm 11,26$) oldukça üzerinde saptanmıştır (89). İnfertil kadınlarda depresif belirtiler ve anksiyete; yaş, sosyal kaygı, cinsel kaygı ve annelik ilişkisi stresi ile

ilişkilendirilmiştir (89). Ramezanzadeh ve arkadaşlarının 2004 yılında İran'da yaptığı bir başka çalışmada ise, infertil kadın katılımcıların %40,8'inde depresyon ve %86,8'inde anksiyete olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, anksiyete ve depresyonun en yaygın olarak infertilitenin 4-6 yıl süresince yaşandığı dönemlerde ortaya çıktığı ve özellikle 7-9 yıllık infertilite süresi olan kadınlarda şiddetli depresyonun görüldüğü tespit edilmiştir (90). Bangladeş'in Dakka kentinde yaşayan 375 infertil kadın üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmada, katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres prevalansı sırasıyla %59,7, %55 ve %48,7 olarak bulunmuştur (91). Araştırma sonuçları infertil kadınların depresyon ve anksiyete açısından risk altında olduğunu göstermektedir. İnfertilite yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte özellikle kadınların ruhsal sağlığını, benlik saygılarını, psikolojik durumlarını, cinsel yaşamlarını, beden imajlarını, evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle infertilite hemşiresi infertilite tedavisi gören kadınlara infertilite tanı ve tedavi süreciyle ilgili gerekli bilgilendirmeleri yapmalı ve hastaları ruhsal açıdan değerlendirerek risk altında olanları daha kapsamlı bir değerlendirme ve yönlendirme için psikiyatri hemşiresine yönlendirmelidir.

Bu araştırmada kadınların “algılanan sosyal destek genel” puan ortalaması $58,02 \pm 17,35$, “arkadaştan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $17,13 \pm 7,63$, “aileden algılanan sosyal destek” puan ortalaması $20,54 \pm 5,49$, “özel insandan algılanan sosyal destek” puan ortalaması $20,35 \pm 5,36$, olarak saptandı (Tablo 6). Tural ve Çelik'in 2019'de yayınlanan kesitsel analitik türdeki çalışmalarında, primer infertil kadınların ÇBASDÖ alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar şu şekilde belirlenmiştir: arkadaş desteği için $20,66 \pm 6,16$, aile desteği için $22,91 \pm 5,74$ ve özel kişi desteği için $19,90 \pm 6,87$. Kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ise ortalama $63,48 \pm 15,90$ olarak tespit edilmiştir (92). Erdem ve Ejder Apay'ın 2014 yılında yayımlanan kesitsel tipteki çalışmasında, kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar şu şekilde bulunmuştur: arkadaş desteği alt boyutunda $15,75 \pm 8,53$, aile desteği alt boyutunda $21,52 \pm 8,20$ ve özel kişi desteği alt boyutunda $15,62 \pm 8,45$. Kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ise $52,89 \pm 21,75$ olarak ölçülmüştür (92,93). Eren Bodur ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında infertil kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar şu şekilde bulundu: arkadaş desteği alt boyutunda $20,13 \pm 6,80$, aile desteği alt boyutunda $23,41 \pm 5,88$ ve özel kişi desteği için $15,92 \pm 8,09$. Kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ise $59,48 \pm 15,44$ olarak ölçülmüştür (92,94). Eren'in infertil çiftler üzerine yaptığı bir çalışmada ise (2008) infertil kadınların ÇBASDÖ'nden

aldıkları ortalama puanlar şu şekilde bulunmuştur: arkadaş desteği alt boyutunda $20,21 \pm 6,81$, aile desteği alt boyutunda $23,24 \pm 6,10$ ve özel kişi desteği için $15,96 \pm 8,06$. Kadınların ÇBASDÖ toplam puanı ise $59,42 \pm 15,37$ olarak ölçülmüştür (47). Benzer çalışmalar karşılaştırıldığında arkadaştan algılanan sosyal destek alt boyutu Erdem ve Ejder Apay'ın (2014) çalışmasında çalışma sonuçlarına göre düşük, Tural ve Çelik (2019), Eren (2008), Eren Bodur ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında ise çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmakla beraber sonuçlar benzerdir. Aileden algılanan sosyal destek alt boyutu puan ortalamasına bakıldığında ise puanlar çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmakla beraber sonuçlar birbirine oldukça yakındır. Çalışmada özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalaması ise araştırma sonuçlarına göre yüksek bulunmakla beraber çok büyük bir fark bulunmamaktadır. Çalışmada kadınların algılanan sosyal destek genel puan ortalaması benzer çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada depresyon riski olmayanların daha fazla sosyal destek algıladıkları belirlendi. (Tablo 7) Nuri Tural ve Sis Çelik'in 2019'da gerçekleştirdiği kesitsel bir çalışmada, kadınların algıladıkları sosyal destek arttıkça infertilitenin olumsuz etkilerinin anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir. Araştırmada, infertilite teşhisi almış kadınların bu süreçte eşlerinden, ailelerinden ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek arttıkça, karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarının kolaylaştığı ve psikolojik olarak daha az etkilendikleri bildirilmiştir (92). Eren Bodur ile arkadaşlarının (2013) çalışmasında, infertil çiftlerde aileden alınan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerinde olumlu bir etki yarattığı ve evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete seviyelerinin düştüğü ifade edilmiştir (94). Erdem ve Apay'ın (2014) çalışmasına göre, kadınların algıladığı sosyal destek arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığı görülmüştür (93). İnfertil kadınlarla yapılan araştırmalarda, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda, infertil kadınların ruh sağlığının kötüleştiği, anksiyete, kaygı ve depresyon belirtilerinin daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir (95–98). Araştırma sonuçları infertilite tedavisi gören kadınların algıladıkları sosyal desteğin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle infertilite hemşireleri ve psikiyatri hemşireleri, infertilite tanısı alan kadınları sosyal destek kaynaklarını algılamaya ve kullanmaya yönlendirmelidir.

Araştırmada algılanan sosyal destek arttıkça anksiyete riskinin ve depresyon riskinin azaldığı belirlendi. Slade ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, her iki cinsiyette de algılanan sosyal desteğin azalmasının, damgalanma (stigma) algısı ile bağlantılı olduğu,

sosyal desteğin algılanması azaldıkça anksiyete ve depresyonun arttığı rapor edilmiştir (99). Aldemir ve arkadaşlarının (2015) gerçekleştirdiği bir çalışmada, çiftlerin algıladıkları sosyal desteğin artmasıyla birlikte, anksiyete ve depresif belirtilerin azaldığı tespit edilmiştir (98). Benli'nin (2010) çalışmasında, 143 infertil kadının katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada, tedavi sürecinde yaklaşık %85'inin en büyük desteği eşinden ve ailesinden aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, bu süreçte sosyal destek almayan veya eşinden başkalarından destek almayanların depresyon yaşama oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (100). Bodur ve ekibinin (2013) gerçekleştirdiği araştırmada, 104 infertil çift ile sağlıklı ve çocuklu 44 çiftten oluşan kontrol grubuyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, evlilikte uyum arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca, aileden algılanan sosyal desteğin evlilik uyumu üzerinde olumlu bir etkisi olduğu belirlenmiştir (94). Vietnam'da 2021 yılında yapılan bir araştırmada, infertil bireylerin en fazla ailelerinden destek aldıkları, bunu önemli diğer kişiler ve arkadaşlardan gelen desteğin takip ettiği belirlenmiştir. Sosyal desteğin üç boyutuna ilişkin çok değişkenli regresyon analizi sonuçları, yalnızca aile desteğinin infertil kadınlar üzerindeki infertilite ile ilgili stresi azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (101). Avşar ve Emul'un 2021 yılında yayımlanan tanımlayıcı tipteki araştırmasının sonuçları, infertilite tedavisi gören çiftlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon ve hostilite semptomlarının azaldığını göstermiştir (102). Mousavi ve arkadaşlarının (2015) çalışması, algılanan aile desteğinin kadınların infertilite stresini nasıl deneyimledikleri üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak güçlü bir etkisi olabileceğini ortaya koymuştur (103). Araştırma sonuçları literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmekte ve algılanan sosyal desteğin anksiyete ve depresyon riskini azalttığını göstermektedir. Araştırma sonuçları incelendiğinde sosyal destek sisteminin infertilite sürecinde bireylerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada kritik bir rol oynadığını söyleyebiliriz. Eşlerden, aileden ve diğer destek gruplarından gelen destek, bireylerin stresle başa çıkmalarına ve duygusal iyilik hallerini korumalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle infertil çiftlere bu süreçte sosyal destek sağlanması ve bu desteklerin güçlendirilmesi önemlidir.

Çalışmada kadınların “FERTİQOL Ölçeği toplam” puan ortalaması $62,83 \pm 16,37$, “çekirdek modülü toplam” puan ortalaması $63,29 \pm 18,23$, “duygusal” puan ortalaması $55,49 \pm 22,07$, “zihin beden” puan ortalaması $56,61 \pm 24,91$, “ilişkisel” puan ortalaması $72,64 \pm 21,40$, “sosyal” puan ortalaması $65,08 \pm 18,32$, “tedavi modülü toplam” puan ortalaması

61,26±16,45, “tedavi çevresi” puan ortalaması 60,70±17,87, “tedavi tolerasyonu” puan ortalaması 62,37±22,67 olarak saptandı (Tablo 8). Kiesswetter ve arkadaşlarının 2020 yılında 228 infertil çift ile gerçekleştirdikleri çalışmada, yaşam memnuniyet ve sosyal ilişkiler, sağlık, cinsellik, boş zaman faaliyetleri ve öz-değerlendirme gibi çeşitli alt ölçeklerin genel popülasyon normlarının altında olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışmada yapılan korelasyon ve regresyon analizleri, yaşam memnuniyetinin stres, olumsuz duygular ve endişe ile negatif; olumlu duygular, ortaklık kalitesi, sosyal destek ve çocuk sahibi olma arzusunun gücü ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (104). İnfertil kadınlarda gerçekleştirilen başka bir çalışmada katılımcıların yaşam kalitesi çalışma sonuçlarıyla benzerdir (11). Çağlar ve Güngör Satılmış'ın (2019) sistematik derlemesinde, 6 adet FERTİQOL ölçeği kullanılan çalışmayı inceledi ve infertil kadınların yaşam kalitesi ölçek puanlarının ortalama olarak 61,8 ± 2,9 ile 80,5 ± 14,8 arasında değiştiğini belirledi (57). Bu sonuçlara göre infertilite tedavisi gören kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu görülmektedir. İnfertilitenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği çalışmalarda da vurgulanmaktadır (57). Bakhtiyar, Beiranvand ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, kadınların yaşam kalitesi üzerindeki infertilite etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmanın çok değişkenli modelleme sonuçları, infertilitenin kadınların fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanı gibi çeşitli yaşam kalitesi alanlarını anlamlı olarak etkilediğini göstermiştir (105). Bu çalışma sonucunda yaşam kalitesi ölçek puanlarının literatürde yer alan çalışma sonuçlarıyla paralel bir şekilde düşük olduğu görülmektedir. Hemşirelerin, infertilite nedeniyle yaşam kalitesinin azalmasının bireyler üzerindeki stres düzeyini artırabileceğini göz önünde bulundurarak, tedavi sürecinin her aşamasında bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmesi önemlidir. Bu, infertil bireylere sağlanan bakımın etkili olması ve tedavinin olumlu sonuçlar doğurması için gereklidir.

Bu çalışmada anksiyete riski olmayanların FERTİQOL Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları anksiyete riski olanlara göre daha yüksek saptandı (Tablo 9). İran'da infertilite tedavisi gören kadınlar üzerinde yapılmış bir çalışmada anksiyete ve depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (90). Kore'de yapılan bir çalışmada infertilite tanısı almış kadınlarda depresyon ve anksiyetenin yaygın, yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (91). Bir başka çalışmada ise anksiyete ve yaşam kalitesi arasında olumsuz bir ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin yaşam kalitesi

yükseldikçe depresyona yakalanma ihtimali de azalmaktadır (89). Literatürde incelenen çalışmaların tamamı birbiriyle ve bu çalışmayla tutarlı sonuçlar göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise tedaviye başlamadan önce infertilite tanısı almış kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ancak tedaviye başladıktan sonra depresyon ve anksiyete oranının düştüğü saptanmıştır. Bunun gerekçesinin ise belirsizliklerin ortadan kalkmış olduğu düşünülmektedir (88). Yaşam kalitesi arttıkça anksiyete ve depresyona yakalanma sıklığı azalmaktadır ancak aynı şekilde kişilerin depresyon ve anksiyeteye eğilimleri ne kadar az ise infertilite ile mücadele sürecinde yaşam kalitesinin de o kadar yüksek olacağı ifade edilebilir.

Bu çalışmada infertil kadınların yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı, duygusal alt boyut ve sosyal alt boyut puanları 21-25 yaş grubundaki kadınlarda diğer yaş gruplarına göre düşük bulundu (Tablo 11). Bu sonuç genç kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Yaylagülü'nün (2017) çalışmasında infertil kadınların yaş ile duygusal alt boyutu puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, yaş arttıkça duygusal alt boyut puanının da arttığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların yaş ile sosyal alt boyut ve FERTİQOL toplam alt boyutu puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (11).

Bu çalışmada kadınlardan lise mezunlarının, üniversite ve üzeri mezuniyeti olanların zihin beden ve ilişkisel alt ölçek puan ortalaması, ilkokul ve altı mezuniyeti olanların puan ortamlarından yüksek bulundu. Kadınlardan lise mezunlarının ilişkisel alt ölçek puan ortalaması, ortaokul mezunlarının puan ortamasından daha yüksek bulundu. Kadınlardan üniversite ve üzeri eğitimi olanların sosyal alt ölçek puan ortalaması, ilkokul ve altı eğitimi olanların, ortaokul mezunlarının ve lise mezunlarının sosyal alt ölçek puan ortalamasından yüksek bulundu. Kadınlardan lise mezunlarının tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalaması, üniversite ve üzeri eğitim durumu olan kadınların puan ortalamasından yüksek saptandı. (Tablo 11). Ev hanımı olan ve çalışmayan kadınların da duygusal ve sosyal alt ölçek puan ortalamaları aktif çalışan kadınların puan ortamlarından düşük bulundu Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Yaylagülü'nün (2017) çalışmasında eğitim durumu lise ve daha az olanların ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi alt boyut ve FERTİQOL toplam puan ortalamalarının eğitim durumu lisans olanların puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir (11).

Eşin eğitim durumu lise ve üstü olanların FERTİQOL toplam puan ortalaması, zihin beden, sosyal ve ilişkisel alt ölçek puan ortalamaları ortaokul ve altı olanlardan yüksek saptandı. Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi çevresi alt ölçek puan ortalaması, eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların tedavi çevresi puan ortalamasından yüksek saptandı. Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalaması, eşin eğitim durumu ortaokul ve altı olanların tedavi tolerasyonu puan ortalamasından yüksek saptandı. Eşin eğitim durumu lise olanların tedavi tolerasyonu alt ölçek puan ortalaması, eşin eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların tedavi tolerasyonu puan ortalamasından yüksek saptandı (Tablo 11). Eşin eğitiminin yüksek olmasının kadınların yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir. Yaylagülü'nün (2017) çalışmasında ise çalışma sonuçlarından farklı olarak eşin eğitim durumuna göre FERTİQOL ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (11).

Çalışmada gelir düzeyi iyi olan kadınların ilişkisel puanları gelir düzeyi kötü olanların ilişkisel puanlarından yüksek saptandı (Tablo 11). Yaylagülü'nün (2017) çalışmasında, geliri giderine eşit olan hastaların ilişkisel alt boyut puanları, gelir durumu az olanlarınkine kıyasla daha yüksekti. Gelir durumu iyi olanların ilişkisel alt boyut puan ortalamaları ise gelir durumu az olanlardan anlamlı şekilde yüksekti (11). Gelir durumu iyi olanların yaşam kalitesinin ilişki boyutu açısından daha iyi olduğu görülmektedir.

Çocuk sahibi olanların FERTİQOL toplam, duygusal ve zihin beden alt boyut puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayanların puan ortalamalarından yüksek saptandı (Tablo 11). Bireylerin üreme fonksiyonlarını yerine getirememenin, ebeveyn olamamanın veya bu toplumsal rolleri başaramamanın, sosyal izolasyon, suçluluk, kızgınlık hissiyatıyla birlikte, eşler arasındaki ilişkide bozulmaya, cinsel işlev bozukluklarına ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açabileceği belirtilmektedir. Bu durum, tedavi sürecinde yoğun ilaç kullanımı, invaziv işlemlere maruz kalma (örneğin, oosit toplama veya semen verme), gebelikle ilgili beklentilerin ve kaygıların artması gibi faktörlerle birleşince, yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenebilir (57). Bu sonuçlardan yola çıkarak çocuk sahibi olmanın bireylerin duygusal ve zihinsel sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu düşünebiliriz.

Geniş aile yapısında olanların tedavi tolerasyonu puanları, çekirdek aile olanların tedavi tolerasyonu puanlarından yüksek saptandı (Tablo 11). Bu bulgulardan yola çıkarak, geniş ailelerin sosyal destek sistemlerine daha fazla erişime sahip olabileceğini ve bu destek ağı

sayesinde tedavi sürecinde daha iyi bir tolerans geliştirebilecekleri sonucuna ulaşabiliriz. Aile üyeleri arasındaki dayanışma ve desteğin, tedavi sürecindeki zorluklarla başa çıkmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Daha önce infertilite tedavisi görenlerin FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden ve tedavi tolerasyonu puan ortalamaları, daha önce infertilite tedavisi görmeyenlerin puan ortalamalarından yüksek bulundu (Tablo 12). Bunun sebebinin daha önce infertilite tedavisi gören kadınların tedavi sürecini biliyor olması ve bu süreçle ilgili bilinmeyenlerin daha önce tedavi görmeyen kadınlara kıyasla daha az olması düşünülebilir.

İnfertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olanların FERTİQOL toplam, ilişkisel, sosyal ve tedavi çevresi puan ortalamaları infertilite tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayanların FERTİQOL toplam puanlarından yüksek bulundu (Tablo 12). Tanı ve tedavi süreciyle ilgili bilgi sahibi olunması, hastaların bu süreçte onları nelerin beklediğini biliyor olması hastaların stresini azaltan ve yaşam kalitesini yükselten önemli bir unsurdur. Bu yüzden infertilite hemşirelerinin tanı konmuş kadınlara infertilite ve süreçle ilgili detaylı bilgi vermeleri ve hastaların sorularını cevaplamaları önemlidir.

İnfertilite türü primer olanların FERTİQOL toplam, duygusal ve zihin beden puanları, infertilite türü sekonder olanların FERTİQOL toplam puanlarından düşük bulundu (Tablo 12). Dağlar ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında bu çalışmaya zıt olarak ölçek alt boyutlarına bakıldığında, primer infertilite yaşayan kadınların genel toplam ve çekirdek modül alt boyut puanlarının tamamının, sekonder infertilite yaşayan kadınlarınkinden daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ancak, infertilite türü ile tedavi modülü toplam puanı ve tedavi çevresi alt boyutunda istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuş ve primer infertilite yaşayan kadınların tedavi modülü genel toplam puanı ile tedavi çevresi alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (106). Literatürde incelenen çalışma bu çalışmadaki bulgularla ters düşmektedir. İnfertilite türünün yaşam kalitesine etkisini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada sağlığını iyi olarak değerlendiren kadınların FERTİQOL toplam, duygusal, sosyal, ilişkisel, zihin beden ve tedavi tolerasyonu alt boyut puan ortalamaları sağlığını orta ve kötü değerlendiren kadınların puan ortalamalarından yüksektir. Sağlığın

değerlendirilmesi orta olanların FERTİQOL toplam puanları sağlığın değerlendirilmesi kötü olanların FERTİQOL toplam puanlarından yüksektir. Sağlığını orta olarak değerlendiren kadınların duygusal puan ortalamaları sağlığını kötü değerlendirenlerin puan ortalamalarından yüksektir (Tablo 13). Altay ve arkadaşlarının (2016) araştırmalarında yaşlı bireylerin yaşı, aile yapısı ve kronik hastalıklarının yaşam kalitelerini anlamlı olarak etkilemediği ancak, bu faktörlerin sağlık algısını etkilediği saptanmıştır. Katılımcıların yaşlılığı genel olarak bir rahatsızlık olarak görmemelerine ve kronik hastalıklarının yaşam kalitelerini doğrudan etkilememesine rağmen, sağlık algılarını etkilediği görülmüştür. Ayrıca sağlıklarını oldukça iyi olarak algılayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (107). Literatürde karşılaştırılan çalışmanın örneklemini infertil bir grup olmamasına karşın genel olarak sağlığını iyi olarak algılayanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada fiziksel aktivite yapanların FERTİQOL toplam, duygusal, zihin beden, ilişkisel sosyal, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt boyutlarının puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanların FERTİQOL toplam puan ortalamalarından yüksek bulundu (Tablo 13). Kılınç ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında yüksek ve orta düzeyde fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir (108). Su ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırmada, önerilen haftalık fiziksel aktivite düzeyinin, yaşam kalitesinin fiziksel ve zihinsel boyutlarıyla olumlu ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, haftalık önerilen fiziksel aktivite seviyelerini karşılayan aktif fiziksel aktivite yapan grup, fiziksel fonksiyonlarının yanı sıra yaşam kalitesinin diğer tüm alt ölçeklerinden daha yüksek puan almıştır (109). Çalışmada elde edilen bulgular, literatürdeki sonuçlarla uyumlu olarak, yeterli düzeyde yapılan fiziksel aktivitenin daha iyi bir yaşam kalitesi olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak infertilite tanı ve tedavi sürecinde fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediğini söyleyebiliriz. Dolayısıyla tanı konan kadınlar sakıncası yoksa fiziksel aktivite için teşvik edilmelidir.

Bu araştırmada algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlendi. Aynı şekilde Steuber ve High'ın (2015) çalışması, kadınların infertilite süreci hakkında konuşarak destek aldıklarını hissettiklerinde yaşam kalitelerinin arttığını ortaya koymuştur (110). Bu sonuçlardan yola çıkarak sosyal desteğin, bireylerin stresle başa çıkmalarına, psikolojik

sağlıklarını korumalarına ve ilişkilerini güçlendirmelerine yardımcı olarak yaşam kalitesini arttırdığını söyleyebiliriz.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilite tedavisi gören kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunuldu;

- Araştırmada kadınların Hastane Anksiyete alt ölçeği puan ortalaması $9,55 \pm 3,45$, Hastane Depresyon alt ölçeği puan ortalaması $6,89 \pm 3,47$ olarak belirlendi ve infertilite tedavisi gören kadınların anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğu belirlendi.
- Kadınların Algılanan Sosyal Destek Genel puan ortalaması $58,02 \pm 17,35$, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek puan ortalaması $17,13 \pm 7,63$, Aileden Algılanan Sosyal Destek puan ortalaması $20,54 \pm 5,49$, Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek puan ortalaması $20,35 \pm 5,36$, olarak saptandı.
- Kadınların FERTİQOL Ölçeği toplam puan ortalaması $62,83 \pm 16,37$, Çekirdek Modülü puan ortalaması $63,29 \pm 18,23$, Duygusal alt ölçek puan ortalaması $55,49 \pm 22,07$, Zihin Beden alt ölçek puan ortalaması $56,61 \pm 24,91$, İlişkisel alt ölçek puan ortalaması $72,64 \pm 21,40$, Sosyal alt ölçek puan ortalaması $65,08 \pm 18,32$, Tedavi Modülü puan ortalaması $61,26 \pm 16,45$, Tedavi Çevresi alt ölçek puan ortalaması $60,70 \pm 17,87$, Tedavi Tolerasyonu alt ölçek puan ortalaması $62,37 \pm 22,67$ bulundu.
- Kadınlardan depresyon riski olanların algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- Algılanan sosyal destek arttıkça anksiyete riskinin ve depresyon riskinin azaldığı belirlendi ($p < 0,05$).
- Anksiyete ve depresyon açısından risk altında olan infertilite tedavisi gören kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$).
- İnfertilite tedavisi hakkında bilgisi olan kadınların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu ($p < 0,05$).
- Kadınların algılanan sosyal desteklerinin arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı belirlendi ($p < 0,05$).
- Yaşları 21-25 yaş grubundaki kadınların, eşleri ortaokul altında eğitim alan kadınların, hiç çocuğu olmayanların, hiç infertilite tedavisi görmeyenlerin, infertilite hakkında bilgisi olmayanların, primer infertilite olanların, sağlığını kötü değerlendirenlerin ve

fiziksel aktivite yapmayan kadınların FERTİQOL Ölçeği toplam puan ortalaması düşük bulundu ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalara karşı bütüncül bir yaklaşım benimsemeli ve infertilite tanı, tedavi süreciyle ilgili hastalarını bilgilendirmelidir.
- İnfertilite ve gerekirse psikiyatri hemşireleri hastalara sosyal destek sistemlerini tanımaları, etkili kullanabilmeleri, sosyal destek sistemlerini oluşturmaları ve güçlendirme için rehberlik etmeli ve gerekli eğitimleri vermelidir.
- Yaşam kalitesini arttırmak için sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik (fiziksel aktivite, düzenli uyku v.s) eğitim verilmelidir.
- Yaşam kalitesini arttırmak için gevşeme teknikleri, yoga ve meditasyon gibi stres yönetimi stratejileri önerilebilir.
- Gerek duyulduğunda profesyonel destek için hastalar ilgili psikiyatri hemşiresi, psikolog ve terapistlere yönlendirilmelidir.
- Hastalara, infertilite ile karşılaşmanın hayatlarının sonu olmadığına dair destek verilmelidir. Süreçle ilgili alternatif çözümlerin olduğu vurgulanmalıdır.
- İnfertil kadınlara ruh sağlığını geliştirmeye yönelik programların yaşam kalitesine ve ruh sağlığına etkisini belirlemeye yönelik deneysel çalışmaların yapılması,
- İnfertilite hemşirelerine yönelik eğitim ve sertifika programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Infertility [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
2. Seymenler Y, Siyez DM. İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2018;10(2):176-87.
3. Sis Çelik A, Kırca N. İnfertil kadınların uyguladıkları tamamlayıcı ve destekleyici bakım uygulamaları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;21(3):178-188.
4. Martins MV, Basto-Pereira M, Pedro J, Peterson B, Almeida V, Schmidt L, et al. Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. Hum Reprod Update. 2016;22(4):466-478. doi: 10.1093/humupd/dmw009.
5. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2011;3(1):67-99.
6. World Health Organization. Infertility. 2023 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
7. Rakhshae Z, Maasoumi R, Khakbazan Z. Study of psychological and social outcome of infertility among Iranian infertile women: a review study. J Res Dev Nurs Midwifery. 2020;17(0):0-0. Available from: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1238-en.html>
8. Çağlar M, Yeşiltepe Oskay Ü. Infertility and effects on sexual life. J Acad Res Nurs. 2020;6(1):157-162. doi: 10.5222/jaren.2020.85570
9. Güner Emül T, Avşar B. Social support and the role of nursing in infertility treatment. J Acad Res Nurs. 2021;7(2):94-98.
10. Karaca A, Ünsal G. Determination of factors having effect on stress of infertile women due to infertility. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(2):126-132.
11. Yaylagülü N. İnfertilite tanısı konmuş kadınlarda yaşam kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2017.

12. Yılmaz B, Şahin N. İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: bir sistemik derleme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;7(1):84-85.
13. Özdemir E, Kaplan S. İnfertilite ve Hemşirelik Yaklaşımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;4(1):79-89.
14. Kirca N, Öngen M. İnfertilite tedavilerinde etik sorunlar. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2020;7(1):12-20.
15. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. Hum Reprod Update. 2014;21(4):411-426. doi: 10.1093/humupd/dmv016.
16. Kirca N, Pasinlioglu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry. 2013;5(2):162-178. doi: 10.5455/cap.20130511.
17. Gupta R, Kaur S, Bhagat BR, Gupta S. Epidemiology of infertility patients with abnormal semen parameters. Indian J Appl Res. 2019;9(7):8-10.
18. Yassa M, Arslan E, Gulbahar DS. Effects of infertility treatment on anxiety and depression levels. Cukurova Med J. 2019;44(2):410-415.
19. Yanık D. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda pozitif psikoterapi temelli eğitimin psikolojik iyi oluş ve umuda etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya; 2021.
20. Denson V. Diagnosis and management of infertility. J Nurse Pract. 2006;2(6):380-386. doi: 10.1016/j.nurpra.2006.03.019.
21. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. Hum Reprod Open. 2023;2023(2). doi: 10.1093/hropen/hoad007.
22. Üner E, Sunal N. İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyini ve algıladıkları aile desteğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2018;4(2):1-15.

23. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,4743/saglik-istatistikleri-yilligi-2013.html>
24. Çavuşoğlu İ. İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
25. Homan GF, Davies M, Norman R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. Hum Reprod Update. 2007;13(3):209-223.
26. Kelly-Weeder S, O'Connor A. Modifiable risk factors for impaired fertility in women: what nurse practitioners need to know. J Am Acad Nurse Pract. 2006;18(6):268-276.
27. Yılmaz F, Yardımcı H. Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015;1(1).
28. Akçay Ş. Sigaranın kadına özel sağlık etkileri. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi. Erişim adresi: http://www.ssuk.org.tr/sule_akcay
29. Klonoff-Cohen H. Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. Hum Reprod Update. 2005;11(2):180-204.
30. İsen M, Özek B, Özmen Ş, Tüzer T. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. 4. Basım. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık; 2005. p. 239-305.
31. Sezgin H, Hocaoglu C. Psychiatric aspects of infertility. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(3):1.
32. Adigüzel FI, Adigüzel C, Seyfettinoğlu S, Ürünsak IF. Açıklanamayan infertilite etiyolojisinde olası risk faktörü olarak herediter trombofilinin yeri. Med J Bakirkoy. 2015;11(4):162-166.
33. Karaca A, Unsal G. The effects of infertility on women's mental health and role of psychiatric nursing. J Psychiatr Nurs. 2012;3(2):80-85.
34. Mutlu MF, Bastu E, Öktem M. Açıklanamayan infertiliteye güncel bakış. Gazi Med J. 2013;24(1):29-32.

35. Yıldırım M. Klinik İnfertilite. Ankara: Eryılmaz Ofset; 2000.
36. Akizuki Y, Kai I. Infertile Japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Hum Reprod.* 2008;23(12):2737–43.
37. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):159–64.
38. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;11(4):112.
39. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klin Psikiyatri.* 2004;2004(Ek 2):70–74.
40. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med.* 2003;57(12):2325–41.
41. İltemir Duvar C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Factors influencing implantation and pregnancy rates in assisted reproductive technology. *Türk Klin J Gynecol Obstet.* 2003;13(6):466-75.
42. Ozkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2006;33(1):44–6.
43. Aksu T, Demirtaş E. Yardımcı üreme teknikleri. In: Günalp S, Tuncer S, editors. *Pelikan Yayıncılık.* Ankara; 2004. p. 567–561.
44. Mumcu A, Urman B. Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2nd ed. In: Çiçek N, Akyürek C, Çelik C, Haberal A, editors. *Güneş Kitabevi.* Ankara; 2006. p. 511–26.
45. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health? *Int J Soc Psychiatry.* 2013;59(1):3–4.
46. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859–77.

47. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi [Uzmanlık tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2008.
48. Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
49. Şenoğlu A, Alan S. İnfertil bireylerin kaygı düzeyleri, sosyal destek algısı ve evlilik uyumunun incelenmesi. Turk J Fam Med Prim Care. 2021;15(4):661–75.
50. Yalçın I. Relationships between well-being and social support: A meta-analysis of studies conducted in Turkey. Turk Psikiyatri Derg. 2015;26(1):1–11.
51. Altıntop İ. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. J Int Soc Res. 2018;11(55):755–68.
52. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimarães J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. Hum Reprod. 2014;29(1):83–9.
53. Top MS, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam. 2003;16(1):18–23.
54. Elbi H, Eser E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF [Internet]. 1999 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/285805359>
55. Akdeniz C, Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş, Kültür S. Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakol Bulteni. 1999;9(2):104–8.
56. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry. 2011;3(1):67–99.
57. Çağlar M, Güngör Satılmış İ. İnfertilite ve yaşam kalitesi: Sistemik derleme. Androloji Bulteni. 2019;21:170–6.
58. Casu G, Ulivi G, Zaia V, Fernandes Martins MC, Parente Barbosa C, Gremigni P. Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples:

Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Res Nurs Health*. 2018;41(2):156–65.

59. Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):92.
60. Güleç G, Güneş Yalçın E, Yenilmez Ç. İnfertil çiftlerde kaygı, öfke, başa çıkma yöntemleri, yeti yitimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2019;20(1):1–8.
61. Aduloju OP, Olaogun OD, Aduloju T. Quality of life in women of reproductive age: A comparative study of infertile and fertile women in a Nigerian tertiary centre. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(2):247–51.
62. El Kissi Y, Amamou B, Hidar S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, Ali BBH. Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(2):134–7.
63. Aydın S, Kızılkaya Beji N. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(2):8–13.
64. 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):2268–79.
65. 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 Derg*. 2012;23(3):178–88.
66. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2015;17(1):27–36.
67. Aluş Tokat M, Fata S. Fertilité hemşireliğinde güncel uygulamalar: Dünya’dan örnekler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2019;50(1):72–5.
68. Watkins KJ, Baldo TD. The infertility experience: biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *J Couns Dev*. 2004;82(4):394–402.
69. Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment Health Nurs*. 2002;23(1):31–41.

70. Aşcı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. İstanbul Univ Flor Nightingale Hemşirelik Fakültesi Derg. 2012;20(2):154–9.
71. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;117(2):126–31.
72. Terzioğlu F. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirenin danışmanlık hizmetinin etkinliğinin incelenmesi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1998.
73. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biostatistics. 10th ed. Ankara: Hatipoğlu Basım; 2002.
74. Yücesoy H, Akın Ö, Şahbaz G, Erbil N. İnfertilitede çift uyumu ve cinsel fonksiyon. Androloji Bülteni. 2021;23(2):123–8.
75. Çıtlık Sarıtaş S, Çevik S. Bilinçli farkındalık, kalp yetersizliği olan hastaların hastane anksiyete-depresyon düzeyini etkiler mi?. J Cardiovasc Nurs. 2020;11(24):1–6.
76. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg. 1997;8(4):280–7.
77. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg. 2001;12(1):17–25.
78. Çetinbaş A, Dağdeviren HN, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun iç güvenilirlik analizi. Eurasian J Fam Med. 2014;3(2):105–10.
79. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
80. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım; 2006. p. 116.
81. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi; 2018.
82. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. TAF Prev Med Bull. 2014;13(4):345–350.

83. Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F, Arikan II, Barut A. Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(2):138-145.
84. Aarts JWM, van Empel IWH, Boivin J, Nelen WL, Kremer JAM, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Hum Reprod.* 2011;26(5):1112-1118.
85. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi.* 2008;5(2):105-110.
86. Çoban TK, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *Int J Clin Res.* 2013;1(2):46-53.
87. Bayram GO. İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi [doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
88. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri [uzmanlık tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.
89. Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health.* 2017;17(1). doi:10.1186/s12905-017-0410-2.
90. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health.* 2004;4(1). doi:10.1186/1472-6874-4-9.
91. Hasan ABMN, Sharif A, Jahan I, Begum MR. Mental health status and the quality of life of infertile women receiving fertility treatment in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLOS Glob Public Health.* 2023;3(12). doi:10.1371/journal.pgph.0002680.
92. Nuri Tural G, Sis Çelik A. Primer İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2019;88-101.
93. Erdem K, Ejder Apay S. A Sectional Study: The Relationship between Perceived Social Support and Depression in Turkish Infertile Women. *Int J Fertil Steril.* 2014;8(3):303-314.

94. Bodur NE, oşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi [The relationship between dyadic adjustment with demographic and clinical variables in infertile couples]. ukurova Med J. 2013;38(1):51-62.
95. McQuillan J, Greil AL, White L, Jacob MC. Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress Among Women. J Marriage Fam. 2003;65(4):1007-1018.
96. Taşkın Mİ, Usta A, Cüce C, Adalı E, Arslan M. İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. Eur J Health Sci. 2016;2(3):79-84.
97. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi SI, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(5):398-404.
98. Aldemir S, Eser A, Turhan NO, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived social support according to gender within infertile couples. Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci. 2015;28(4):328-336.
99. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. Hum Reprod. 2007;22(8):2309-2317.
100. Benli S. İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete durumu [yüksek lisans tezi]. Konya: Seluk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
101. Lam TQ, Linh TT, Thuy LB. The Impact of Social Support on Infertility-Related Stress: A Study in the Vietnamese Context. Open J Soc Sci. 2021;9(12):259-273.
102. Avşar B, Güner Emül T. The Relationship Between Social Support Perceived by Infertile Couples and Their Mental Status. Research Square. 2021. Available from: https://www.researchgate.net/publication/351464412_The_Relationship_Between_Social_Support_Perceived_by_Infertile_Couples_and_Their_Mental_Status
103. Mousavi SS, Kalyani MN, Karimi S, Kokabi R, Piriaee S. The Relationship between Social Support and Mental Health in Infertile Women: The Mediating Role of Problem-focused Coping. Sch J Appl Med Sci. 2015;3(1):244-248. Available from: www.saspublishers.com

104. Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlknecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behav Med.* 2020;46(2):130-141.
105. Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):114.
106. Dağlar G, Bilgiç D, Çakır D. İnfertil kadınlarda fertilite yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi.* 2024;29(1):19-28.
107. Altay B, Cavusoglu F, Cal A. The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(3):181.
108. Kılınç H, Bayrakdar A, Çelik B, Mollaoğulları H, Gencer YG. Physical activity level and quality of life of university students. *J Hum Sci.* 2016;13(3).
109. Su TT, Azzani M, Adewale AP, Thangiah N, Zainol R, Majid H. Physical activity and health-related quality of life among low-income adults in metropolitan Kuala Lumpur. *J Epidemiol.* 2019;29(2):43-49.
110. Steuber KR, High A. Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Hum Reprod.* 2015;30(7):1635-1642.

EKLER

EK 1

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, infertilite tanısı alıp tedavi sürecinde olan kadınların ruh sağlığı, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir yüksek lisans tezidir. Bu çalışma kapsamında elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Soru formunun amacına uygun değerlendirilebilmesi için soruların tamamı eksiksiz ve özenli bir şekilde doldurulmalıdır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Şüheda Bakır

Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz: 1.Okur-yazar değil () 2.Okur-yazar() 3.İlkokul() 4. Ortaokul()
5.Lise() 6.Üniversite ve üzeri()

3. Mesleğiniz:

1.Ev hanımı () 2.Memur () 3.İşçi () 4.Serbest Meslek ()
5. Sağlık Çalışanı () 6. Emekli () 7. Diğer () Yazınız:

4. Medeni Durumunuz : 1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul/Boşanmış ()

5. Eşinizin eğitim düzeyi: 1.Okur-yazar değil () 2.Okur-yazar () 3.İlkokul () 4.
Ortaokul () 5.Lise () 6.Üniversite ve üzeri()

6. Eşinizin Mesleği: 1. Çalışmıyor () 2.Memur () 3.İşçi () 4.Serbest Meslek ()
5. Sağlık Çalışanı () 6. Emekli () 7. Diğer () Yazınız:

7. Gelir durumunu nasıl değerlendirirsin? 1. Çok kötü () 2. Kötü () 3. Orta () 4. İyi ()
5. Çok iyi ()

8. Çocuğunuz var mı?

1. Var ()

2. Yok ()

9. Var ise toplam çocuk sayısı?

10. Yaşadığı yer (şehir/ilçe/köy): 1. Şehir () 2. İlçe () 3. Köy ()

11. Aile tipi (geniş/çekirdek):

1. Geniş aile () 2. Çekirdek aile () 3. Diğer (yazınız)

12. Kaç yıldır evlisiniz:.....

13. Kaçncı evliliğiniz:.....

14. İnfertilite tanısı alalı kaç yıl oldu:.....

15. Daha önce infertilite tedavisi gördünüz mü?

1. Evet () 2. Hayır ()

16. İnfertilite tedavi sayısı:

17. Yapılan tedavi:

18. Tedavi süresi:

19. Tedavi alma kararı kime ait?

1. Kendisi

2. Eşi

3. Her ikisi

20. İnfertilitenin kaynağı:

1. Kendisi () 2. Eşi () 3. Her ikisi () 4. Bilinmeyen Nedenli ()

21. İnfertilite nedeni kadın ise infertilite nedeni:

22. İnfertilite nedeni erkek ise infertilite nedeni?.....

23. İnfertilite tedavisi hakkında bilginiz var mı?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Kısmen ()

24. İnfertilite primer mi sekonder mi (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır) :

1. Primer () 2. Sekonder ()

25. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok kötü () 2. Kötü () 3. Orta () 4. İyi () 5. Çok iyi ()

26. Boyunuz ve kilonuz:/.....

27. Sigara kullanıyormusunuz?

1.Evet ()

2. Hayır ()

28. Kullanıyorsanız günde ne kadar?

...../paket

29. Kullanıyorsanız kaç yıldır?

.....yıl

30. Sürekli tedavi gördüğünüz bir kronik hastalığınız var mı?

1. Var ()

2. Yok ()

31. Kronik hastalık var ise nedir?

32. Günlük ortalama uyku süreniz?

.....saat

33. Haftada 4-5 gün en az 30 dakika bir fiziksel aktivite (yürüyüş, aerobik, yüzme, koşu, pilates .. v.b) yapar mısınız?

1. Evet () 2. Hayır ()

EK 2

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve **son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak** nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın önündeki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

Çoğu zaman ()

Birçok zaman ()

Zaman zaman, bazen ()

Hiçbir zaman ()

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar ()

Pek eskisi kadar değil ()

Yalnızca biraz eskisi kadar ()

Neredeyse hiç eskisi kadar değil ()

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ()

Evet, ama çok da şiddetli değil ()

Biraz, ama beni endişelendirmiyor. ()

Hayır, hiç öyle değil ()

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar ()

Şimdi pek o kadar değil ()

Şimdi kesinlikle o kadar değil ()

Artık hiç değil ()

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman ()

Birçok zaman ()

Zaman zaman, ama çok sık değil ()

Yalnızca bazen ()

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman ()

Sık değil ()

Bazen ()

Çoğu zaman ()

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle ()

Genellikle ()

Sık değil ()

Hiçbir zaman ()

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman ()

Çok sık ()

Bazen ()

Hiçbir zaman ()

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman ()

Bazen ()

Oldukça sık ()

Çok sık ()

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle ()

Gerektiği kadar özen göstermiyorum ()

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum ()

Her zamanki kadar özen gösteriyorum ()

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

Gerçekten de çok fazla ()

Oldukça fazla ()

Çok fazla değil ()

Hiç değil ()

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar ()

Her zamankinden biraz daha az ()

Her zamankinden kesinlikle daha az ()

Hemen hemen hiç ()

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık ()

Oldukça sık ()

Çok sık değil ()

Hiçbir zaman ()

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

Sıklıkla ()

Bazen ()

Pek sık değil ()

Çok seyrek ()

EK 3

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

FertiQol International

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını

değerlendirebilmek için gereklidir. Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift ilişkisi içindeyseniz cevaplayınız.

Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Çok kötü	kötü	ne iyi ne kötü	iyi	çok iyi
A	Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Tamamen	epeyce	ortalama	biraz	hiç
Q 1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 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
Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kırgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

Q 12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.						
		Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliendiriyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı?

Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T2	İstedığınız tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesin- den rahatsız mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T6	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 memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

Etik Kurul Onayı

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ																															
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU																															
EY.FR.22																															
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"																														
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU																															
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Belge Adı</th> <th>Tarihi</th> <th>Versiyon Numarası</th> <th colspan="3">Dili</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ</td> <td>21.12.2022</td> <td>00</td> <td>Türkçe ☒</td> <td>İngilizce ☐</td> <td>Diğer ☐</td> </tr> <tr> <td>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</td> <td>21.12.2022</td> <td>00</td> <td>Türkçe ☒</td> <td>İngilizce ☐</td> <td>Diğer ☐</td> </tr> <tr> <td>OLGU RAPOR FORMU</td> <td>21.12.2022</td> <td>00</td> <td>Türkçe ☒</td> <td>İngilizce ☐</td> <td>Diğer ☐</td> </tr> <tr> <td>ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ</td> <td></td> <td></td> <td>Türkçe ☐</td> <td>İngilizce ☐</td> <td>Diğer ☐</td> </tr> </tbody> </table>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	OLGU RAPOR FORMU	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili																											
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐																									
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐																									
OLGU RAPOR FORMU	21.12.2022	00	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐																										
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐																										
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Belge Adı</th> <th>Tarihi</th> <th>Açıklama</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIGORTA</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ARAŞTIRMA BÜTÇESİ</td> <td>21.12.2022</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>İLAN</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>YILLIK BİLDİRİM</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SONUÇ RAPORU</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Belge Adı	Tarihi	Açıklama	SIGORTA	☐		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	21.12.2022		BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		İLAN	☐		YILLIK BİLDİRİM	☐		SONUÇ RAPORU	☐		GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐							
	Belge Adı	Tarihi	Açıklama																												
	SIGORTA	☐																													
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	21.12.2022																													
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐																													
	İLAN	☐																													
	YILLIK BİLDİRİM	☐																													
	SONUÇ RAPORU	☐																													
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐																														
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:151 Tarih: 21.12.2022 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Bu çalışma için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. ☐																														
	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu																														
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI																															
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR																															
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza																									
Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐																										
Prof. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐																										
Prof. Dr. Rabia Gönül SEZER YAMANEL	Çocuk Sağ. Ve Hast.	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐																										
Prof. Dr. Murat APİ	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐																										
Prof. Dr. Mustafa EROĞLU	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐																										
Prof. Dr. Pınar KUMRU	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐																										
Doç. Dr. Handan ÇETİNER	Patoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐																										
Av. Volkan YALÇINKAYA	Hukuk	Araç Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐																										
Doç. Dr. Perihan TORUN	Halk Sağlığı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐																										
Prof. Dr. Levent KABASAKAL	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐																										
Biyomedikal Müh. Hande YAPAR	Biyomedikal Mühendisi	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐																										
Ahmet ÇETİNALP	Emekli Memur	Emekli Memur	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐																										
*:Toplantıda Bulunma																															
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR																															
İmza:																															
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.																															

	ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU EY.FR.22

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Ruh Sağlığı, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668
	TELEFON	0216 391 06 80
	FAKS	0216 343 92 51
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Şuheda BAKIR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

İntihal Raporu

TEZ			
ORIGINALITY REPORT			
18%	15%	13%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	3%	
2	dergipark.org.tr Internet Source	1%	
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	1%	
4	openaccess.bezmialem.edu.tr Internet Source	1%	
5	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 Internet Source	1%	
6	acikerisim.medipol.edu.tr Internet Source	1%	
7	adudspace.adu.edu.tr:8080 Internet Source	1%	
8	jag.journalagent.com Internet Source	<1%	
9	Hidir, Fatma. "Bel fitigi ameliyati sonrasi soguk uygulamanin agri, Anksiyete-Depresyon,	<1%	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Şüheda BAKIR

Doğum Yeri ve Tarihi: Diyarbakır / 06.11.1994

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi:

Tel:.....

Eğitim ve Akademik Durum

Lise: Diyarbakır Anadolu İmam Hatip Lisesi 2008-2012

Lisans: İstanbul Bilim Üniversitesi/ Hemşirelik 2013-2017

İş Tecrübesi

Diyarbakır Memorial Hastanesi Hemşire Ocak2018-Mayıs2018

Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH Hemşire Eylül2018-Halen