



**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE EVLİLİK UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**EBE ATIYE ELİF EĞİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
YARD.DOÇ.DR.ALBENA GAYEF**

2016-İSTANBUL



**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE EVLİLİK UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**EBE ATIYE ELİF EĞİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**JÜRİ ÜYELERİ
YARD.DOÇ.DR.ALBENA GAYEF
PROF.DR.GÜLAY GÖRAK
DOÇ.DR.ÜMRAN OSKAY**

2016-İSTANBUL

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

09 Haziran 2016

Yüksek Lisans öğrencisi Atiye Elif EĞİN'in Ebelik Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış olduğu "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI/BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ/ OYÇOĞUNLUĞU ile KABUL /DÜZELTME/ RED kararı verilmiştir.

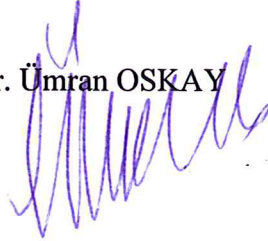


Yrd.Doç.Dr.Albena GAYEF
(Danışman)



Prof.Dr. Gülay GÖRAK
(Üye)
(Başkan)

Doç.Dr. Ümran OSKAY
(Üye)



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Atiye Elif EĞİN



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde değerli bilgilerini benimle paylaőan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım saygıdeğer danışman hocam Yard.Doç.Dr.Albena GAYEF'e,

Çalışmam boyunca benden yardımlarını bir an olsun esirgemeyen, bana sürekli destek olan, bütün zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan canım babam Ahmet Can EğİN ve canım annem Serpil EğİN'e,

Anket süreci boyunca desteklerinden ötürü Sayın Emel TÜYLÜ ve bütün birim çalıőanlarına,

Pozitif düşünceleriyle her zaman gülümseten ve yanımda olduğunu hissettiren, en zor ve yoğun dönemlerimde motive eden değerli arkadaşlarıma ve akrabalarıma, bu zorlu süreçte destek oldukları için teşekkür ederim.

Atiye Elif EğİN

İÇİNDEKİLER

Teşekkür.....	i
İçindekiler.....	ii
Simge ve Kısaltmalar.....	v
Tablolar Listesi.....	vi
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. TARİHTE İNFERTİLİTE.....	5
4.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	6
4.3. ETİYOLOJİ.....	7
4.3.1. Ovulatuvar ve Luteal Disfonksiyonlar.....	8
4.3.2. Tubal ve Pelvik Faktör.....	8
4.3.3. Uterin ve Servikal Faktörler.....	8
4.3.4. Açıklanamayan İnfertilite.....	9
4.4. TANILAMA.....	9
4.4.1. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi.....	9
4.4.2. Anamnez.....	10
4.4.3. Fizik Muayene.....	12
4.4.4. Tanıya Yönelik Girişimler.....	13
4.4.5. Laboratuvar İncelemeleri.....	13
4.5. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ (YÜT).....	14
4.5.1. Geçmişte ve Günümüzde Kullanılan Yardımcı Üreme Teknikleri... 15	
4.5.1.1.İntrauterin İnseminasyon (IUI).....	15
4.5.1.2.IVF.....	15
4.5.1.3.ICSI.....	16
4.5.1.4.GIFT.....	16
4.5.1.5.ZIFT.....	17
4.6. İNFERTİLİTE VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR (DEPRESYON)... 17	

4.7. İNFERTİLİTE VE EŞLER ARASI UYUM.....	20
4.7.1. Çifte İnfertilite İle Başa Çıkma Konusunda Destek Sağlanması.....	24
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ.....	24
5.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	25
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	25
5.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	25
5.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINMA KRİTERLERİ.....	26
5.6. ARAŞTIRMA ETİĞİ.....	26
5.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
5.7.1. Sosyodemografik Anket Formu.....	27
5.7.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	27
5.7.3. Evlilik Uyum Ölçeği.....	28
5.7.3.1. Evlilik Uyum Ölçeği'nin Orijinal Formu Hakkında Bilgiler.....	28
5.7.3.2. Evlilik Uyum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması.....	29
5.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	30
5.9. VERİLERİN ANALİZİ.....	30
5.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	31
6. BULGULAR.....	31
6.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	31
6.2. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	39
6.3. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE EVLİLİK UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	54
7. TARTIŞMA.....	70
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
9. KAYNAKLAR.....	80
10. EKLER.....	85

SİMGE VE KISALTMALAR

BDE	Beck Depresyon Envanteri
EUÖ	Evlilik Uyum Ölçeği
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
hCG	Human Chorionic Hormon
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ET	Embriyo Transferi
OPU	Oocyte Pick-Up
PID	Pelvic Inflammatory Disease
FSH	Folikül Stimulan Hormon
LH	Luteinizan Hormon
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF	İn-Vitro Fertilizasyon
USG	Ultrasonografi
ICSI	İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
GIFT	Gamete Intrafallopian Transfer
ZIFT	Zigot Intrafallopian Transfer

Yüksek Lisans Tez Proje Numarası: E/YL/2052014

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1 Sosyodemografik Değişkenlerin Sıklık Dağılımı.....	32
Tablo 2 Eş İle İlgili Değişkenlere Göre Sıklık Dağılımı.....	34
Tablo 3 İnfertilite İle İlgili Değişkenlere Göre Sıklık Dağılımı.....	35
Tablo 4 Eğitim Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	39
Tablo 5 Aylık Gelir Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 6 Yaşanılan Yere Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 7 Evlilik Süresine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 8 Aile Yapısına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 9 Evlilik Biçimine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 10 Kaçıncı Evlilik Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11 Evlilikte Şiddet Yaşanma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 12 Eş İle Akrabalık Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 13 Daha Önce Jinekolojik Bir Hastalık Geçirme Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	44

Tablo 14 Evlat Edinmeyi Düşünme Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 15 Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 16 Halen Görülen Psikiyatrik Tedavi Varlığına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 17 Daha Önce Psikoaktif Madde Kullanma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 18 Eş Eğitim Düzeyine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 19 Eşin Kaçınıcı Evliliği Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 20 Eş İle İletişim Problemi Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 21 Eşinden Şiddet Görme Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 22 İnfertilite Sonucunda Eşin Tutumunda Değişiklik Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 23 İnfertiliteye Eşinin Ailesinden Tepki Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 24 Daha Önce Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 25 İnfertilite Sebebinin Bilinme Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	50

Tablo 26 İnfertilite'nin Kimden Kaynaklandığına Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 27 İnfertilite Süresine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 28 İnfertilite Tedavi Süresine Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 29 İnfertilite Tedavisi İle İlgili Bilgisi Olma Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 30 Çocuğunun Olmamasının Etkileme Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 31 Eğitim Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 32 Aylık Gelir Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 33 Yaşanılan Yere Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 34 Evlilik Süresine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 35 Aile Yapısına Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 36 Evlilik Biçimine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 37 Kaçıncı Evlilik Olduğu Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 38 Evlilikte Şiddet Yaşanma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	58

Tablo 39 Eş İle Akrabalık Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 40 Daha Önce Jinekolojik Bir Hastalık Geçirme Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 41 Evlat Edinmeyi Düşünme Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 42 Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 43 Halen Görülen Psikiyatrik Tedavi Varlığına Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 44 Daha Önce Psikoaktif Madde Kullanma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 45 Eş Eğitim Düzeyine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 46 Eşinin Kaçınıcı Evliliği Olduğuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 47 Eşi İle İletişim Problemi Olma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 48 Eşinden Şiddet Görme Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 49 İnfertilite Sonucunda Eşin Tutumunda Değişiklik Olma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 50 İnfertiliteye Eşinin Ailesinden Tepki Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 51 Daha Önce Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	65

Tablo 52 İnfertilite Sebebinin Bilinme Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 53 İnfertilite'nin Kimden Kaynaklandığına Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 54 İnfertilite Süresine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 55 İnfertilite Tedavi Süresine Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 56 İnfertilite Tedavisi İle İlgili Bilgisi Olma Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 57 Çocuğunun Olmamasının Etkileme Durumuna Göre Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 58 Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki.....	69
Tablo 59 Evlilik Uyum Düzeyinin Depresyon Düzeyine Göre Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	70

1. ÖZET

İNFERİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE EVLİLİK UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Öğrencinin Adı: Atiye Elif EĞİN

Danışmanı: Yard.Doç.Dr.Albena GAYEF

Anabilim Dalı: Ebelik

Bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi gören kadınlarda depresyon, evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi ve depresyon, evlilik uyumunun sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir. Çalışma, Nisan 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında, İstanbul'da Anadolu yakasında özel bir hastanenin tüp bebek kliniğinde ve İstanbul'da Avrupa yakasında özel bir tüp bebek merkezinde infertilite tedavisi gören gönüllü kadınlara (n=228) sosyodemografik kişisel bilgileri içeren Sosyodemografik Anket Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği uygulanarak yapıldı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 programından yararlanıldı. Kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasında anlamlı ($p < 0,000$), $r = -0,656$ düzeyinde ve ters yönlü ilişki olduğu saptandı. Çalışmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $10,38 \pm 9,66$; Evlilik Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması ise $46,17 \pm 10,74$ olarak bulundu. Sonuç olarak infertilitenin kadınları psikolojik olarak negatif yönde etkilediği ve bu durumun, kadınların evliliklerindeki uyumu etkilediği görüldü. Bu bağlamda infertil hastalara tedavi olanağı sağlayan kurum ve kuruluşlarda, infertilite tedavisi sürecinde kadınların yaşadığı depresyon düzeyini belirleyen çalışmalar yapılması ve sonuca göre gerekli olduğu düşünülen hastalara psikolojik olarak uzman yardımı verilmesi önerilebilir. Burada ebe ve hemşirelere düşen rolün önemi büyüktür. Kadınların evlilik uyumlarını ve psikolojik durumlarını desteklemeye yönelik girişimlerde bulunulması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, depresyon, evlilik uyumu

2. SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DEPRESSION LEVELS AND THE MARITAL ADJUSTMENT OF THE WOMEN ON INFERTILITY TREATMENT

The Name of Student: Atiye Elif EĞİN

Supervisor: Yard.Doç.Dr.Albena GAYEF

Department: Midwifery

The aim of this study was to determine the relationship between depression, marital adjustment of the women receiving infertility treatment and the differentiation between depression, marital adjustment according to the sociodemographic variables. The research was run on women (n=228) receiving infertility treatment in a private hospital in Anatolian region and a private IVF Center in European region by using sociodemographic survey form, Beck Depression Scale and Marital Adjustment Scale. The data was collected between April 2015-July 2015. SPSS 21.0 software was used for data analysis. There was a significant and inverse relationship ($r = - 0,656$; $p < 0,000$) between depression marital Adjustment of the women whereas the point average of Beck's Depression Scale of the women was found to be $10,38 \pm 9,66$, while the point average of Marital Adjustment Scale was found to be $46,17 \pm 10,74$. In conclusion, it is seen that the infertility negatively effects the women psychologically and such case effects the marital adjustment of women. In this context, the studies determining the depression levels of the women during the infertility treatment process must be carried out at the institutions and organizations providing the infertile patients with treatment opportunities and, depending on the outcome, professional psychological support may be suggested for the patients considered to be in need of such support. At this point, the role of the midwives and the nurses is crucial. Taking the steps intended for supporting the marital adjustment and psychological states of the women may be suggested.

Key words: Infertility, depression, marital adjustment

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuk sahibi olmak, insan yaşamının önemli aşamalarından biridir ve her evli çiftin özlem duyduğu bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır (Ekşi, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre infertilite; 1 yıl boyunca herhangi bir kontraseptif yöntem kullanılmaması ve haftada 4-5 kez düzenli yapılan cinsel ilişkiye rağmen gebe kalınmaması durumudur.

İnfertilite fiziksel bir sağlık sorunu değildir, ancak çiftlerin psikolojik ve sosyal dengesi üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle sağlığı bozan bir risk faktörüdür (Gürbüz, 2007).

Daha önce hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite, daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına sekonder infertilite denir. Bu tanımda daha önce gebelik oluşup oluşmadığı önemlidir, oluşan gebeliği abortus veya doğumla sonuçlanması hatta, ektopik gebelik olması tanımı değiştirmez. Ayrıca kadın yaşamının bazı dönemlerinde (puberte öncesi, menarş sonrası ilk aylar, gebelik dönemi, laktasyon, postmenopozal dönem) gebeliğin oluşması çok zor, hatta imkansızdır. Buna da fizyolojik infertilite denilmektedir (Gürbüz, 2007).

Çocuk sahibi olamama her iki cinsi de duygusal olarak etkilese de kadınların daha fazla stres ve baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olamayan çift, toplumun onlara verdiği üreme ve soyunu devam ettirme rolünü yerine getirmede kendilerini yetersiz görürler. İnfertilite çiftlerde hayal kırıklığına, ruhsal belirtilere, suçluluk duygusunun yerleşmesine ve eşlerin birbirlerini karşılıklı suçlamalarına neden olur. Bunun sonucunda çiftin evlilik bağları zamanla zayıflar ve hatta bazen boşanmayla sonuçlanabilir (Sezgin ve Hocoğlu, 2014).

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur. Kadın ve

erkeklerin infertilite sürecine yaklaşımları farklılıklar göstermektedir. Her iki cinste duygu dışavurumu açısından belirgin farklar vardır. Kadınlar duygularını daha çok ifade ederken, erkekler daha az ifade etmelerinin dışında pek fazla sorun yokmuş gibi davranma eğilimindedirler. Kadın ve erkeklerin psikolojik değerlendirmelerinin yapıldığı karşılaştırmalı çalışmalarda gerçekte de erkeklerde klinik depresyon ve anksiyetenin çok daha az sıklıkta olduğu gösterilmektedir (Oğuz, 2004).

Kamacı 2003 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisini incelemiş, kadınların %31'inin, erkeklerin %16'sının üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk yaşadığını, kadınların %23'ünün erkeklerin %16'sının yalnızlık hissettiğini saptamıştır (Kamacı, 2003).

Gelişmiş ülkelerde infertilite tedavisi başlamadan önce ayrıntılı psikolojik hikaye alınması uygun görülmektedir. Bunun nedeni tedavi sürecinde oluşabilecek problemleri öngörerek önceden hazırlıklı olma, hatta ciddi patolojisi olan kişileri tedavi uyumunu etkileyeceğinden, pahalı ve uzun olan bu sürece hiç dahil etmemektedir. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınların stres düzeyi de yöntem başarısını etkilemektedir (Yanikkerem ve ark., 2008).

Yapılan bu çalışmada, infertilite tedavisi alan kadınların çeşitli nedenlere bağlı yaşadıkları depresyon düzeylerini belirleyerek, bu zorlu süreçte yaşanan psikolojik problemlerin evlilik uyumu ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. TARİHTE İNFERTİLİTE

Üreme çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. İnfertilite ile ilgili ilk metinler (MÖ) 2200-1950 yıllarına dayanır. İlk defa eski Mısır'da gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesiyle ilgili reçeteler kullanılmıştır. M.Ö 460-370 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat da infertiliteden bahsetmiştir (Karaca ve Ünsal, 2012).

Efes'te doğan Soranus (MS 98- 138) fertil dönemi ilk açıklayan kişilerdendir. Anton Van Leuwenhook (1632-1723) ve Hollandalı öğrencisi Hamen 1674 ve 1677 yıllarında spermin ilk kez mikroskopik görünümünü tarif etmişlerdir. Regnier de Graff (1641-1673) gamet üretimini ayrıntılı bir şekilde tarif etmiş ve 1668 ve 1672 yılları arasında yayınladığı eserlerinde kadın-erkek üreme sistemlerini geniş bir biçimde ortaya koymuştur (Uğur, 2014).

İnsandaki ilk yapay dölleme ise 1776 ve 1779 yılları arasında Hunter tarafından elde edilmiştir. Üremeye ait referanslar antik çağlara kadar dayanır ve ilk ilk örneklerden biri de İncil'in emri olan "üretken olun ve çoğalın"dır. Dini inanışlara göre, Tanrı hem fertilitenin hem infertilitenin kaynağıydı. Bir kadının çocuk doğurabilme becerisi kadınlığının bir ölçüsü olarak değerlendirilmekte; infertilite yanlış davranışın bir cezalandırılması olarak görülmekteydi. İncil'de Rachel ve Leah'ın hikayesi anlatılır: Rachel güzel ve çekiciyken Leah da o kadar çirkin ve iticidir; ancak Tanrı Leah'ı doğurganlıkla ödüllendirmişken Rachel'i kısır kılmıştır. Yıllarca süren umudun sonunda Rachel bir erkek çocuğu doğurmayı başardığında tanrıya "Tanrım sana şükürler olsun, beni yüzkarasından kurtardın" diye dua etmiştir. Rachel'in inancına göre, kısırlık yüzkarasıyken bu düşünce kadınlar arasında yüzyıllarca aynı kalmıştır. Günümüzün gelişmiş tıbbi bilgisine, bilgi çağına, gelişmiş sosyal ilişkilerine rağmen infertilite hala kadınlar için utanç verici, küçük düşürücü bir deneyimdir (Oğuz, 2004; Karaca ve Ünsal, 2012).

Küçük düşürülme acı verici bir deneyimse, kısır kadınlara tarih boyunca verilen cezalar kadar acı verici olamaz. Bazı kadim kültürlerde eşlerine kısır karılarını asma hakkı verilirdi. Kraliyet İngiltere'sinde eşlerin kısır karılarını boşama hakları vardı. Daha yakın zamanlarda Kızılderili geleneklerine göre erkeğin kısır eşini mutfakta bir sandalyeye bağlayarak etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı vardı (Oğuz, 2004).

Geçen 30 yıl içerisinde ovulasyonun uyarılması, oositlerin toplanması, oosit ve embriyo kültürü, embriyoların dondurularak saklanması ve embriyo transfer tekniklerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991 yılında sadece yardımcı üreme teknikleri (YÜT) yöntemleri kullanılarak yılda 3200'ün üstünde canlı doğum gerçekleştirilmiştir. Bütün bu gelişmeler, daha önce imkansız olarak kabul edilen infertilite problemlerinin çözümünü sağlamaya başlamıştır (Uğur, 2014).

Psikolojik faktörlerin infertilite ile ilişkisi uzun yıllar araştırmacıların ilgi alanı olmuş, ancak aradaki gerçek ilişkinin biçimine dair 3 farklı varsayım üzerinde yoğunlaşmıştır: 1) Dugusal ve psikososyal sorunlar infertilite için risk faktörüdür. 2) İnfertilite ile ilişkili tanı ve tedavi süreci psikososyal sorunların nedenidir. 3) İnfertilite ve psikososyal sorunlar arasında karşılıklı bir ilişki vardır (Karaca ve Ünsal, 2012).

4.2. EPİDEMİYOLOJİ

Fertilite çeşitli faktörlere bağlı olarak etkilenir. Yaş faktörü bunların içinde en önemlisidir. Yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Normal ve sağlıklı çiftlerde 1 yıl içinde beklenen kümülatif gebelik oranı %93 olup yaş ilerledikçe bu oranda belirgin azalma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte overlerde folikül kalitesinde azalma olmakta, fertilize olan ovumun implantasyon şansı azalmaktadır. 15-24 yaş arasındaki kadınların %4'ünde azalmış fekoniditeye rastlanırken, bu oran 25-34 yaş arasında %13'tür.

40 yaşındaki kadınların %33'ü, 45 yaşındakilerin ise %87'si infertildir. Yaşla birlikte kromozomal anomalilerin insidansı ve spontan abortus oranı artar. Klinik olarak tanınabilen abortus oranı 30 yaşına kadar %10 iken 30 yaşların sonunda %18'e, 40 yaşların başında ise %34'e çıkar. Ayrıca 30'lu yaşlara girildiğinde endometriyozis, pelvik infeksiyon gibi fertilitiyi etkileyebilecek bir takım hastalıkların görülme ihtimali de artar (Yanikkerem ve ark., 2008; Oğuz, 2004).

Yaş ilerledikçe çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma ihtimali de artar. Bunlar fertilizasyon ve implantasyonu da etkileyebilir.

Bazı bulgular son yıllarda infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. Dünyada infertilite oranı %8-12 arasında olup, Türkiye'de bu oran %10-20 arasında değişmektedir. ABD'de 20-24 yaş grubundaki kadınlarda 1965'ten beri infertilite oranında yaklaşık 3 kat artış bildirilmiştir (Oğuz, 2004).

4.3. ETİYOLOJİ

İnfertilite nedenleri pek çok çalışmada ele alınmış olup, infertil çiftler incelenirken, çok sayıda etmenin incelenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Sezginve Hoccoğlu, 2014).

İnfertilite nedenleri toplumlar ve yaş grupları arasında az çok farklılık gösterse de infertil çiftlerin yaklaşık %25'inde ovulasyon bozuklukları, %20-30'unda tubal problemler, %40'ında erkek faktörü sorunun nedenidir ve çiftlerin %40'ında birden fazla neden mevcuttur. Diğer yandan %10-15'inde ise herhangi bir neden ortaya koyulmamaktadır (Uğur, 2014).

4.3.1 Ovulatuvar ve Luteal Disfonksiyonlar

Kadına ait infertilite nedenleri arasında önemli yer tutan faktörlerden birisi, ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar olup, tüm infertilite sebepleri arasında %15-20, kadın infertilitesi sebepleri arasında %40 oranında gözlenmektedir. Menstrüel siklusta yumurtlamayla sonuçlanan folikül gelişimi ve yumurtlama sonrasında gelişen luteal faz, birlikte ovulatuvar ve luteal faktörü oluşturur. Bu süreçte oluşabilecek bozukluklar döllenmiş ovumun implantasyonunu etkileyerek infertiliteye neden olabilir (Oğuz, 2004; Gürbüz, 2007).

4.3.2 Tubal ve Pelvik Faktör

İnfertilitenin ikinci sık nedeni olarak görülür. İnfertilite etiyojisinde %35-40 oranında yer tutar. Sebepleri; pelvisin inflamatuvar hastalıkları, endometriyozis, abdominopelvik operasyonlar olarak sıralanabilir. Endokrin bozuklukların da tubanın motilitesini etkilediği bilinmektedir (Oğuz, 2004; Uğur, 2014).

4.3.3 Uterin ve Servikal Faktör

Uterusa ait faktörlerin görülme sıklığı %2-5 arasındadır. İnfertilitenin nadir nedenlerindedir. Uterin anomaliler, konjenital malformasyonlar, leiomyomlar ve uterin adezyonlar fertilitiyi olumsuz etkiler. Özellikle submuköz myomlar fertilitiyi anlamlı derecede etkiler. Endometrial poliplerin de infertiliteye yol açtığı düşünülmektedir. Tüberküloz bağımlı kronik endometrit gibi durumlar implantasyonu olumsuz etkileyerek infertiliteye yol açmaktadır. Bu patolojiler konjenital olduğu gibi sonradan da meydana gelebilir (Oğuz, 2004; Uğur, 2014).

Servikal faktörler infertil olguların %5-10'undan sorumludur. Servikal mukusta meydana gelen kalite, kantite, enfeksiyon ve immunolojik değişiklikler fertilitiyi etkilemektedir (Oğuz, 2004; Gürbüz, 2007).

4.3.4 Açıklanamayan İnfertilite

Gebelik oluşabilmesi için gerekli aşamalardan herhangi birinde ortaya çıkan bir engel sonucunda ortaya çıkan infertilitenin tetkikinde her iki cinse yönelik ileri tetkikler kullanılmakta ve bunların sonucunda sebep bulunamayan olgular açıklanamayan infertilite olarak adlandırılmaktadır (Oğuz, 2004).

Anatomik ve fizyolojik bir bozukluğun belirlenemediği bu tür vakalarda stres ve psikolojik sorunların da infertiliteye neden olduğu düşünülür. Hormonal bozuklukların ve açıklanamayan infertilitenin stres ve psikolojik fonksiyonlarla, diğer organik bozukluklara göre daha yakından ilgili olduğu bilinmektedir (Gürbüz, 2007).

4.4. TANILAMA

4.4.1. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

İnfertil bir çift değerlendirilirken erkek ve kadın birlikte değerlendirilmelidir. Burada amaç infertiliteye neden olan faktörleri tespit etmek, prognoz hakkında doğru bilgi vermek, araştırma sırasında danışmanlık, destek ve eğitim sağlamak ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini sunmaktır. İnfertilitenin sebebini her yönüyle araştırmak, tedavi planını belirlemek ve infertilitenin çift üzerine duygusal etkisini incelemek açısından ilk değerlendirme önemlidir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Uğur, 2014).

İnfertilite tanımında olduğu gibi 35 yaşın altında bir yıl, 35 yaşın üzerinde 6 ay boyunca korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalmama durumunda infertilite araştırmasına başlanır. Kadının yaşı ve çiftin risk faktörleri başlangıç değerlendirmesinde önemlidir. Kadında prematür overyan yetmezlik riski (geçirilmiş geniş over cerrahisi, sitotoksik ilaç maruziyeti ve pelvik radyoterapi öyküsü) var ise değerlendirmeye hemen başlanabilir. Ek olarak otoimmün hastalık varlığı, sigara içimi, ailede erken menopoz öyküsü, ileri evre

endometriozis ve uterin tubal hastalık varlığında değerlendirmeye hemen başlanmalıdır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

Kinney ve ark. (2007) yaptığı çalışmada; 22-49 yaş grubunda tiryaki olarak sigara , alkol ve kafein tüketen 188 kadının hormon profillerini inceleyerek, sigara içmenin FSH düzeyini yükselttiğini, ancak estradiol seviyesini düşürdüğünü alkol ve kafeinin ovarial foliküller üzerine önemli bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Sonuç olarak; sigara tiryakiliğinin folikül kalitesini bozduğunu, hipotalamus-hipofiz ve over aksında düzensizliklere neden olduğunu bildirmiştir. IVF ile ilgili yapılan çalışmalarda sigara içen kadınların içmeyenlere göre; tedavi süresinde daha yüksek doz ilaç aldıkları, estradiol seviyelerinin daha düşük olduğu, OPU'da daha az oosit elde edildiği, implantasyon oranının daha düşük olduğu ve abortus oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

4.4.2. Anamnez

Kadın hasta değerlendirilirken, tam bir tıbbi, cerrahi ve jinekolojik anamnez almak gerekmektedir (Oğuz, 2004; Uğur, 2014):

- Yaş ve evlilik süresi
- Gebelik, doğum, abortus ve komplikasyonları
- Menstrüel siklus düzeni, dismenore varlığı ve şiddeti
- Cinsel ilişki sıklığı ve seksüel disfonksiyon
- İnfertilite süresi ve uygulanan tedaviler
- Geçirilmiş cerrahi operasyonlar
- Pelvik inflamatuvar hastalığı (PID) öyküsü
- Cinsel yolla bulaşıcı hastalık öyküsü
- Smear sonuçları ve uygulanan tedaviler
- Sigara, alkol veya diğer madde kullanımları
- Doğumsal anomaliler, erken menopoz veya mental retardasyon açısından aile öyküsü

- Tiroid hastalıkları belirtileri
- Pelvik veya abdominal ağrı
- Galaktore, disparoni veya hirsutizm varlığı

Erkek eş incelenirken öyküde araştırılması gerekenler şunlardır (Oğuz, 2004):

- İnfertilite süresi
- Koitus sıklığı ve seksüel disfonksiyon
- Uygulanan infertilite tedavileri
- Çocukluk hastalıkları: Kriptoorşidizm ve kabakulak orşiti hikayesi olanlarda testiküler atrofi araştırılmalıdır.
- Geçirilmiş cerrahi, genital travma öyküsü: İnguinal herni orasyonu, renal transplantasyon, skrotal cerrahi yapılırken vas deferens zedelenebilir.
- Retroperitoneal cerrahi esnasında nöral yollar zedelenecek ejakulatuar bozukluğa neden olabilir.
- Sistemik tıbbi hastalıklar
- Cinsel yolla bulaşıcı hastalık öyküsü
- Çevresel toksinler
- Isı maruziyeti: Skrotum ısısındaki yükselme spermatogenezi kötü yönde etkiler.
- Kullanılan ilaçlar.
- Meslek: İş nedeniyle uzun süre oturmanın fertilitiyi azalttığı düşünülmüş; ancak kanıtlanamamıştır.
- Sigara, alkol, ilaç ve madde bağımlılığı: Sigara, alkol, kokain semen kalitesini ve testosteron seviyesini azaltır.

4.4.3. Fizik Muayene

İnfertilite araştırılırken kadının fizik muayenesinde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014):

- Kilo ve VKİ
- Tiroid bezinde hassasiyet, büyüme ve nodül varlığı
- Memede sekresyon ve özellikleri (memeden süt gelmesi vs.)
- Hiperandrojenizm bulguları (kıllanmada artış, frontal kellik, akne vs.)
- Pelvik veya abdominal hassasiyet, organ büyümesi veya kitle
- Vajinal veya servikal anormallik, sekresyonlar, akıntı

Genel muayene temel fizik muayene, genitoüriner, pelvik muayene ve meme muayenesini içerir. İnfertil kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile; konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve myom gibi) ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir (Uğur, 2014).

Erkeğin anamnezinde genital organ anomalisi, travma, geçirilmiş cerrahi, cinsel disfonksiyon yoksa fizik muayene semen analizi sonrasına bırakılabilir. Anormal semen analizi veya üreme öyküsünde anormallik fizik muayene endikasyonu oluşturur (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

Erkeğin fizik muayenesinde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014):

- Penisin muayenesinin üretra açıklığının yeri de belirlenerek yapılması
- Testis palpasyonu ve büyüklüğünün ölçümü
- Vasa ve epididimisin varlığı ve sertliği
- Varikosel varlığı
- Vücut duruşu, kıl dağılımı ve meme gelişimi sekonder seks karakter gelişimi
- Rektum muayenesi

4.4.4. Tanıya Yönelik Girişimler

Anamnez ve muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanır (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi).

4.4.5. Laboratuvar İncelemeleri

- Hormonal testler: Folikül stimulan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testesteron.
- Serolojik testler: HbsAg, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, Rubella IgG (ve/veya IgM), Toxoplazma IgG (ve/veya IgM)
- Hematolojik testler: Kan grubu ve tam kan sayımı
- Erkeklerde semen analizi, ultrasonografi, testiküler biyopsi, endokrin testler (Uğur, 2014)

İnfertil çift değerlendirilmesi sırasında hekim çiftteki depresyon, anksiyete ve evlilik durumu gibi psikolojik stres faktörlerini ihmal etmemelidir (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014).

İnfertilite sürecini etkileyen önemli faktörlerden biri de kişilik problemleridir. Bazı ciddi kişilik patolojileri infertilite tedavisinin sonlandırılmasına dahi sebep olabilir. Bu yapıların bilinmesi tedavi sürecinde oluşacak problemlerin öngörülmesi ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili olarak önemli bilgiler vermektedir (Oğuz, 2004).

İnfertiliteye genel olarak oluşan reaksiyonlar şunlardır:

- Yeme bozuklukları
- Uyku problemleri

- Beden/ımağ/ağırlık ile aşıırı uğraş
- Patolojik ya da abartılı yas
- Öfke veya şiddet problemleri
- İmpulsivite
- Kanuni problemler
- Depresyon
- Somatizasyon
- Seksüel kötüye kullanım
- Azalmış benlik saygısı
- Ovulasyon indüksiyon metoduna atipik psikolojik cevap
- İntihar girişimleri
- Obsesyon
- Panik ataklar

4.5. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ (YÜT)

İnfertil bir çiftin tedavisine başlamadan önce altın kural infertilite nedeni veya nedenlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi, daha sonra da etkin tedavinin seçilip uygulanmasıdır. İnfertilitede tedavi programı çifte anlatılmalı, tedavi ile gebelik şansının artacağı belirtilmelidir. Bunun yanında infertilite tedavisinin sabır gerektirdiği de göz önünde bulundurularak hatırlatılmalıdır. İnfertilitede uygulanan tedaviler genel olarak yardımcı üreme tekniği başlığı altında toplanmaktadır.

4.5.1. Geçmişte ve Günümüzde Kullanılan Yardımcı Üreme Teknikleri

19. yüzyıldan bu yana, fertilizasyonun olabilmesi için, yumurta ile spermin bir araya gelmesi ve daha sonra da döllenmiş ovumun, olayın gerçekleştiği tubalardan ayrılarak uterus içine yerleşmesi gerektiği bilinmektedir. O dönemlerde, tubal tıkanıklığın infertiliteye neden olduğu anlaşılmıştır ve özellikle İngiliz ve Amerikalı jinekologlar bu durumun tedavisi için çalışmalar yapmışlardır (Gürbüz, 2007).

4.5.1.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI): IUI, ovulasyona yakın uterin kaviteye yıkanmış spermin enjekte edilmesidir. Erkekten alınan sperm hücreleri, doğrudan doğruya uterus içerisine enjekte edilir ve böylece, fertilizasyon noktasına daha yakın bir noktada bırakılır (Arıcı, 2012) Servikal faktör, açıklanamayan infertilite, minimal endometriyozis, minimal adneksiyal lezyonlar, luteal faz defektleri, sperm konsantrasyonu ya da motilitesindeki anomaliler ve immünolojik infertilitede IUI uygulanabilir (Uğur, 2014).

4.5.1.2. In-Vitro Fertilizasyon (IVF): IVF, oosit ve spermin, in vitro ortamda, insan vücudu dışında bir araya getirilmesi, fertilizasyonun sağlanması ve gelişen embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemidir (Gürbüz, 2007). Fallop tüplerinin yokluğu ya da tıkanıklığında, mukus anomalilerinde, açıklanamayan infertilitede, immünolojik infertilite ya da çok düşük sperm sayısı olan erkeklerde kullanılan yaygın bir yaklaşımdır (Uğur, 2014). İn Vitro Fertilizasyon genellikle bir test tüpü içinde gerçekleştirildiği için, bu şekilde oluşan gebelikler “tüp bebek” olarak adlandırılmaktadır (Gürbüz, 2007). Ovulasyonu başlatmak için fertilite ilaçları kullanılarak kontrollü hiperstümlasyon ile folikül gelişimi sağlanır. USG ve hormon analizleriyle, foliküler gelişim ve oosit olgunlaşması sık sık izlenmektedir. İzlem genellikle siklusun 5. Gününde başlamakta ve ilaçlar bireysel yanıtı göre ayarlanmaktadır. Foliküller matür görüldüğünde, son

oosit matürasyonunun uyarılması ve ovulasyon indüksiyonu kontrolü için human koryonik gonodotropin verilmektedir. Oosit toplama işlemi, hCG'den yaklaşık 35 saat sonra yapılmaktadır. Oositler USG eşliğinde, genellikle transvajinal yolla toplanmakta ve hazırlanan sperm ile laboratuarda fertilize edilmektedir. Fertilizasyon gerçekleşikten sonra embriyo morula safhasında (4-16 hücre evresi) iken uterus içerisine yerleştirilir. İmplantasyonu artırmak ve gebeliği erken dönemde desteklemek için, dışarıdan progesteron desteği verilmektedir (Uğur, 2014). IVF, en fazla kullanılan yardımcı üreme tekniğidir. Siklus başına başarı oranı %20 dolayındadır (Arıcı, 2012).

4.5.1.3.ICSI: Günümüzde yaygın olarak kullanılan bu yöntem ile ilk doğum, 1992 yılında gerçekleşmiştir (Gürbüz, 2007). İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu, hazırlanmış tek bir spermin direkt ovumun içerisine, enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir. Şiddetli sperm anormallikleri mevcut olduğunda gebelik şansını artırmak için IVF yöntemiyle birlikte uygulanır ve ülkemizdeki tüp bebek merkezlerinde neredeyse %100'e yakın tercih edililir hale gelmiştir. ICSI yalnızca sperm sayısı çok düşük olgularda değil ayrıca zona pellucida ve vitelin membran seviyesindeki gamet etkileşimi bozukluklarında da kullanılabilir (Uğur, 2014; Arıcı, 2012).

4.5.1.4.GIFT: GIFT, seminal sıvının yetersizliği, açıklanamayan infertilite ve endometriyozisin neden olduğu infertilitede etkili bir tedavi olarak önerilmektedir. GIFT yönteminde temel prensip, kontrollü hiperstümlasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır. Ovulasyon uyarılarak oosit matürasyonu sağlanmaktadır. GIFT, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için uygun değildir (Uğur, 2014).

4.5.1.5.ZIFT: Bu yöntemde, kadından oositler toplanmakta ve erkeğin spermi ile inkübe edilmektedir. İn vitro şartlarda oluşturulan pronükleus aşamasındaki embriyonun tubal alana laparoskopik yerleştirilmesidir. GIFT yöntemindeki gibi fallop tüplerine yerleştirilen ovum, implantasyon için doğal şekilde uterusu geçmektedir. Bu işlem için, kadının en az bir fallop tüpü açık olmalıdır. IVF daha az invaziv ve maliyeti düşük olduğundan, GIFT ve ZIFT daha az kullanılmaktadır (Uğur, 2014).

4.6. İNFERTİLİTE VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR (DEPRESYON)

Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu bildirilmektedir. Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (annelik güdüsünün doyurulmaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, lohusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (Kırca ve Pasinoğlu, 2013).

İnsanın temel içgüdülerinden biri üreme ve neslini devam ettirme içgüdüsüdür. Bu içgüdünün karşılanmamış olması stresle sonuçlanır. Bu stresin kaynağı; sadece çocuk sahibi olma isteği değildir. Aynı zamanda kişi tarafından doğurganlığın, cinsel kimlik çekirdeğinin benlik algısı ve beden imajının merkezine yerleştirilmesi ile ilişkilidir. İnfertilitenin stres yaratıcı etkisi; sosyal ve kültürel baskılardan kaynaklanıyor gibi görünse de, esas sebep infertil çiftlerin çocuk sahibi olmaya yüklediği anlamdır (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014).

Araştırmaların çoğu infertilite ile ruhsal belirtiler arasında ciddi bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. İnfertil hastalarda, psikolojik açıdan en büyük güçlüğün anksiyete, tedavi başarısız çiftelerde ise depresyon olduğu

saptlanmıştır. İnfertilite hastalarında psikolojik stres prevalansını belirlemek için 112 kadınla yapılan bir çalışmada %40' ı bir psikiyatrik bozukluk için ölçütlerini karşılamıştır. En sık tanı anksiyete bozukluğu(%23)'dür. Bunu majör depresif bozukluk(%17), distimi bozukluk (%9.8) takip etmiştir. Bu bulgular ortalama%10-12 oranında yaygınlığı olan psikiyatrik bozuklukların infertilite olgularında daha yüksek prevalansını yansıtmaktadır. Amerikan toplumunda yapılan 11000 kişilik çalışmada yaygın anksiyete bozuklu infertilite ile ilişkili bulunmuştur. Değişik kültürel özellikleri bulunan Japon toplumunda da sonuçlar yaygın anksiyete bozukluğunu destekler nitelikte idi. Japonya'da infertil kadınların sağlıklı gebelerde kıyaslandığı başka bir çalışmada infertil grupta depresyon oranları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde dünyada ve Türkiye' de de yapılan birçok çalışmada, infertil hastalarda en yüksek psikiyatrik hastalık prevalansı olarak anksiyete ve depresyon saptanmıştır (Sezgin ve Hocaoğlu, 2014).

Bireylerin İnfertiliteye Verdikleri Tepkiler Şu Şekilde Sınıflandırılmıştır :

(Kırca ve Pasinoğlu, 2013).

Şok, şaşkınlık, inanmama

Yadsıma (inkar)

Kızgınlık ve anksiyete

Öfke

Kontrol kaybı

Suçluluk

Çözülme

İnfertilite evreleri terminal dönemdeki hastanın yakınlarında yaşanan yas sürecine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum söz konusu değildir. Yaşam kalitesi ve evlilik uyumu tehdit altındadır.

Ayrıca infertilite ölümcül hastalıkta olduğu gibi bireyleri bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine çiftlerin birbirinden ve çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olur. Yapılan bir çok çalışmada infertil çiftlerin sters, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişiler arası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (Kırca ve Pasinoğlu, 2013).

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığı ve cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini göstermiştir. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerin fazlalığı ve yarattığı sorunlar, infertilite tanı ve tedavisinde hızlı gelişmelere ve teknolojik tüm imkanların zorlanmasına neden olmuştur. Birkaç yıl öncesine kadar, birçok çift için kendi çocuğuna sahip olma fikri bir hayal olarak görünürken, In Vitro Fertilizasyon (IVF)'in de içinde bulunduğu birçok yardımcı üreme tekniği ile bu hayale gerçekleşebilme yolu açılmıştır (Kırca ve Pasinoğlu, 2013).

İnfertil hastalarda yapılan çalışmalarda psikolojik açıdan yaşanan en büyük güçlüğün anksiyete olduğu anlaşılmıştır. Tedavisi başarısız olan çiftlerde ise depresyon ön plana çıkmaktadır (Oğuz, 2004).

İnfertilite tedavisinde depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışı tedavi başarısını etkiler. Aktif efektif savunma mekanizması ve duygu dışavurumu yeterli düzeyde olan kadınlarda, savunma mekanizmaları uyum için yeterli olmayan ve duygu dışavurum düzeyi düşük olanlara göre tedavi başarısı yüksektir (Oğuz, 2004).

İnfertilitede tedavi süresinin de psikolojik sorunlarla ilgili süreçte önemi büyüktür: 2-3 yıllık infertilite hikayesi olanların 1 yıldan az ve 6 yıldan uzun

sürelî tedavi olanlara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca infertilite etiyolojisi bilinenlerin infertilite sebebi açıklanamayan ya da henüz etiyolojik tanı almamış gruba göre daha depresif oldukları gözlenmiştir (Oğuz, 2004).

Bir kadının kendi kimliği ne kadar fazla anne olması ile tanımlanırsa onun psikolojik üzüntüsünün ve yetersizlik hislerinin miktarı da o kadar fazla olur. İnfertilite ne kadar uzun süre devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hakim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonlanabilir (Uğur, 2014).

4.7. İNFERTİLİTE VE EŞLER ARASI UYUM

Evlilik uyumu; bir evliliğın zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıdır. Mutlu eşler ne denli birbirlerini istedikleri için evlendiklerini belirtse de, her evlilikte gelenek, görenek ve yasalara bağlı bazı zorunluluklar vardır. Bir evlilik tümüyle gönüllü veya tümüyle zorunlu bir ilişki haline gelmişse, bu evlilikte uyumun bozulması, sorunların çıkması kaçınılmaz olur. Böylece evliliğın tüm heyecanı ortadan kalkmaya ve eşler arasında çatışmalar çıkmaya başlar (Onat, 2009).

Tüm insanların yaşamında evlilik önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal bir varlık olan birey, hayatını başka bir insanla paylaşma ihtiyacı duyar. Çünkü kişi evlilik kurumu ile neslinin devamını, güvende olma ihtiyacını, duygusal, ekonomik, cinsel gereksinimini karşılamayı amaçlar. Ayrıca evlilik bireylere toplumsal anlamda bir statü ve ayrıcalık kazandırmaktadır (Çelik, 2006).

Evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır (Onat, 2009). Evlilik uyumu ayrıca çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyeti ve mutluluğu

olarak da tanımlanır. Evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır. Evlilik kalitesi kavramı, diğerlerini de kapsayan bir kavramdır (Akar, 2005).

Doğurganlık, yetişkin gelişiminin önemli bir parçasıdır ve sağlıklı, başarılı çocuklar yetiştirmek, her evli çiftin özlem duyduğu bir olgudur. İnfertilite sadece eşlerin değil bütün ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesini bozan önemli bir sağlık sorunudur. İnfertilite yasal olarak boşanma nedeni olmamasına karşın aile ilişkileri ve geçmişi etkilediğinden bazı kültürlerde, özellikle daha geniş ailelerden gelenlerde dolaylı bir boşanma nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bazı bölgelerde yaygın olarak görülen çok eşli evliliklerde, neden kadının infertil olmasından kaynaklanabilmektedir (Gürbüz, 2007).

Evlilik ilişkilerini de içeren aile, toplumdaki değişimlerden en fazla etkilenen kurumlardan biridir (Şendil ve Korkut, 2008).

Evlilik, kadın ve erkeğin ilişkisini meşru temele dayandıran, ilişkiyi toplumun kabul etmesi ve onaylaması nedeniyle toplumsal bir ilişki özelliği taşıyan ve ailenin varlığını ve sürekliliğini sağlayan bir kurumdur. Bireylerin evlenme nedenleri, bireysel ve kültürel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir. Çalışmalarda bireylerin evlenme nedeni olarak belirttiği ifadeler şunlardır (Gürbüz, 2007):

- Toplumsal geleneklere uymak
- Ekonomik etkenler
- Yalnızlıktan kurtulmak
- Çocuk sahibi olmak
- Ailenin fiziksel ve psikolojik baskısından kurtulmak
- Mutlu ve iyi bir yaşam beklentisi
- Cinsel gereksinimleri karşılamak
- Kendine ait ev ve hayat kurmak

Çocuk, aile içinde önemli bir değere sahiptir ve neredeyse aile olmanın bir koşulu olarak görülmektedir. Ülkemizde genellikle kadınların çocuğu, evlilik bağlarını kuvvetlendirme, eşleri birbirine yaklaştırma ve sevgi gibi psikolojik nedenlerle isterken; erkekler neslin devamı gibi sosyal nedenlerle istemektedirler. Çiftlerin önemli bir kısmının kendilerini memnun etmekten çok, çevre baskısı nedeniyle çocuk sahibi olmak istedikleri görülmektedir.

Ailede çocuk istemi sebebine yönelik yapılan araştırmalarda; sevgi, mutluluk, analık içgüdüsünün tatmin ilk sonralarda gelirken, ikincil sebep olarak da; evliliğin sürdürülmesi gelmektedir. Kadınlarda çocuk istemi ön planda iken; erkeklerde ebeveyn olarak sosyal baskıya ait yaptırımın zorlayıcılığı daha merkezdedir. Bu konuda İsveç'te yapılan bir çalışmada, kadınların dile getirdiği en sık sebep, eşler arasında sevgi göstergesi olması iken, erkeklerin gösterdiği en sık sebepler; aileye yeni bir üyenin katılması ve çocuğun hayatın esas anlamı olarak saptanmıştır (Sezgin ve Hocoğlu, 2014).

Karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır. Dolayısıyla; mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkündür. Bu nedenle klinisyenler kadar araştırmacılar da evlilik kalitesi ve uyumunun araştırılmasına giderek artan bir ilgi duymaya başlamışlardır (Erbek ve ark., 2005).

Mutlu ve doyumlu evliliklerde önemli role sahip olan evlilik uyumu, bireysel, durumsal ve ilişkisel birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlara örnek olarak; ilişkiye yönelik algılar, iletişim şekilleri, sorun çözme becerileri, bağlılık, cinsellik, heyevan arama ve sosyal anksiyete seviyesi, dindarlık ve eğitim düzeyi verilebilir (Erbek ve ark., 2005).

Günümüzde, beklenmedik biçimde ortaya çıkan, sıklıkla açıklanamayan ve ne kadar süre devam edeceği ön görülmeyen infertilitenin, bir çift için başa çıkma mekanizmalarını zorlayan stresli bir durum yarattığı, sağlık ve bütünlük hissini bozduğu kabul edilmektedir (Uğur, 2014).

Evli bir çift istediği halde toplumun beklentisini yerine getiremediğinde “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duygularına neden olmaktadır. İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline gelmektedir (Kırca ve Pasinoğlu, 2013). Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluklar yaşarlar (Onat, 2009).

İnfertilitenin tedavi sürecinde ele alınması gereken birçok duygu ve bu duyguların yansıdığı evlilik yaşamı ve eşler arası uyum, verilecek danışmanlık hizmetinde atlanılmaması gereken bir kavramdır (Şen ve ark., 2014). İnfertil bireylerin yaşadığı tüm bu olumsuz duygular, aile dinamiğinin bozulmasına neden olmaktadır. Eşler kendilerini ya evliliklerini sürdürme, ya da çocuk sahibi olma arasında seçim yapmak zorunda kalmış gibi hissederler. Sağlıklı olan eş başka bir evlilik yapmayı düşünmeye başlayabilir. Kısacası, evlilik ilişkisi artık yıkılma tehdidi altındadır ve bu tehdit kişileri ikinci bir kayıp olasılığıyla karşı karşıya bırakır (Onat, 2009). Uzun yıllar süren tedavi, ertelenen çözümler, sosyal beklentilerin baskısı infertil bireylerde ruhsal zorlanmalar yaratarak sosyal ilişkileri ve evlilik ilişkilerini etkilemekte, evlilik ilişkisindeki dinamikleri bozabilmektedir (Oğuz 2004).

İnfertilitenin cinsellik ya da çift üzerinde olumsuz etkileri varsa, bu etkilerin saptanmasının ve bu alandaki bilgilerin artmasının; infertil çiftlere, üreme yardımının yanında bu etkilere yönelik desteğin sağlanmasında da faydalı olacağı düşünülmektedir (Arıcı, 2012).

4.7.1. Çifte İnfertilite İle Başa Çıkma Konusunda Destek Sağlanması

- Çifti önceden kullandığı problem çözme deneyimlerine dayalı becerilerini ortaya koymalı ve etkin olan baş etme yöntemlerini kullanmaları konusunda desteklenmelidir.
- Çiftin infertiliteyle ilgili bilgi edinmesi çok önemlidir. Çifte, tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendileri bilgiye dayalı karar verebildiklerinde, yaşadıkları kontrol kaybı duygusu hafifleyecek ve kızgınlıkları azalacaktır.
- Girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, erkek bu süreçte eşini yalnız bırakmamalıdır. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin her bir eş tarafından anlaşılması; paylaşım açısından önem taşır.
- Her iki eş için de bu süreç gerçekten güç ve travmatiktir. Eşlerin birbirlerine destek olmaları, eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlar. Birbirine destek olmak ve birlikte çalışmak, stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olacaktır. İnfertil pek çok çift bunun ilişkiyi güçlendirdiğini ve yeni bir güvenlik alanı oluşturduğunu keşfettiklerini bildirmişlerdir (Onat, 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, TİPİ VE YÖNTEMİ

Bu çalışma, infertilite tedavisi sürecinde kadınların yaşadıkları psikolojik sıkıntıları ve evlilik uyumlarını belirleyerek bu konuda destekleyici yaklaşımlar geliştirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışma; infertilite tedavisi gören gönüllü kadınlar üzerinde sosyodemografik kişisel bilgileri içeren Sosyodemografik Anket Formu, kişinin depresyon düzeyini belirleyen Beck Depresyon Ölçeği ve eşler arası uyumu değerlendiren Evlilik Uyum Ölçeği kullanılarak yapıldı.

5.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Planlanan araştırma soruları şunlardır:

- 1) İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 2) İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri sosyodemografik değişkenlere ve infertilite ile ilgili değişkenlere bağlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- 3) İnfertilite tedavisi gören kadınların evlilik uyumları sosyodemografik değişkenlere ve infertilite ile ilgili değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma, İstanbul'da Anadolu yakasında özel bir hastanenin tüp bebek kliniği ve İstanbul'da Avrupa yakasında özel bir tüp bebek merkezinde yapıldı. Veriler, Nisan 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında toplandı.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Nisan 2015 ve Temmuz 2015 ayları arasında merkezlere başvuran, infertilite tedavisi alan kadınlar oluşturdu.

Örneklem grubunu, belirtilen tarihlerde birimlere başvuran kadınlardan araştırma kapsamına alınma kriterlerine sahip olan ve çalışmayı kabul edenler (n=228) oluşturdu.

5.5. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINMA KRİTERLERİ

Belirtilen tarihlerde, çalışmanın yapıldığı iki merkeze başvuran, kesin infertilite tanısı almış, IVF tedavisinin embriyo transferi yapılmadan önce ve yapıldıktan sonraki aşamasında olan, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlar çalışma kapsamına alındı.

5.6. ARAŞTIRMA ETİĞİ

- 1) İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan çalışmanın uygulanması için gerekli yazılı izin alınmıştır (bak. Ek-2).
- 2) İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından çalışmanın yapılacağı merkezlere izin yazısı gönderildi. (bak.Ek-6, Ek-7).
- 3) Çalışmanın yapılacağı merkezlerden çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alındı (bak.Ek-8, Ek-9)
- 4) Çalışmaya katılan gönüllü kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü olur alındı

5.7.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Anket Formu (Ek- 3), Beck Depresyon Ölçeği (Ek- 4) ve Evlilik Uyum Ölçeği (Ek- 5) kullanıldı.

5.7.1. Sosyodemografik Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatüre ve klinik deneyimlere dayalı olarak hazırlanan sosyodemografik soru formunda; kadınların sosyodemografik özelliklerini, eş ile ilgili özellikleri, infertil hasta grubunun özelliklerini ve psikolojik özellikleri içeren 20 soru bulunmaktadır.

5.7.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Envanteri (BDE), depresyonda görülen negatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Klinik uygulamada, ölçek hem psikiyatrik hastalarda, hem de poliklinik hastalarında depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılmaktadır (Hisli, 1988).

Beck Depresyon Envanteri'nin Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, 1961 yılında geliştirilmiş olan ve 1980 yılında Buket Tegin Erkal tarafından Türkçe'ye uyarlanan Beck Depresyon Ölçeği'dir. İkincisi ise, 1978 yılında geliştirilmiş 21 maddelik Beck Depresyon Envanteri'dir. 1978 formu, Nesrin Şahin Hisli tarafından 1988'de Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin 1988 yılında Türkçe'ye uyarlanan formu kullanıldı.

Ölçek, sistematik olarak 21 semptom altında birleştirilen klinik gözlemlerden oluşmuş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin alt grupları şunlardır: Duygudurum, karamsarlık, başarısızlık duygusu, neşesizlik, suçluluk duyguları, cezalandırılma duygusu, kendini beğenmeme, kendini suçlama, intihar isteği, ağlama, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imajının değişmesi, çalışmama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, somatik yakınmalar, libido kaybı.

Bunlardan on biri biliş, ikisi duyguyu, ikisi açıkça görülen davranış, biri kişiler arası sorunları, beş somatik semptomları ölçmektedir. Bu seçeneklerin her biri ifade ettiği depresyonun şiddetine göre 0,1,2,3 ağırlıklı 4 puanın birine

karşılık gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup, klinik depresyonu belirlemek için kabul edilen kesme noktası 17'dir. 17 ve üzeri puanların, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmiştir.

Depresyonun puan dağılımı şöyledir:

0-10 puan: Depresyon yok.

11-17 puan: Hafif düzeyde depresyon

18-29 puan: Orta düzeyde depresyon

30-63 puan: şiddetli depresyon olarak kabul edilmektedir.

Ölçeğin, Hisli tarafından 1988 yılında geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık değerlerinin 0.74 olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır.

5.7.3. Evlilik Uyum Ölçeği

5.7.3.1. Evlilik Uyum Ölçeği'nin Orijinal Formu Hakkında Bilgiler

Evlilik Uyum Ölçeği ile ilgili bilgiler Kışlak (1999) tarafından aktarılmıştır:

Günümüze kadar pek çok araştırmada güvenilir ve geçerli kabul edilerek kullanılan EUÖ, Locke ve Wallace (1959) tarafından, evlilik uyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş 15 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı örneklem, birbirleriyle evli olmayan 118 evli erkek ve 118 evli kadından oluşmuştur. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ancak test-tekrar test güvenilirliğine bakılmamıştır. Geçerlik ile ilgili olarak yapılan çalışmada, ölçeğin uyumlu ve uyumsuz grubu anlamlı olarak birbirinden ayırt ettiği anlaşılmıştır. Söz konusu

çalışmada, klinik görüşmeler sonucu uyumsuz olarak belirlenen grubun sadece %17'si, uyumlu grubun ise %96'sı evlilik uyumunu ifade eden 100 ve üzeri puan almışlardır.

Locke ve Wallace'ın (1959) geliştirdiği ölçekteki puanlar uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. Bu durumda, en düşük uyumsuzluk puanı 2, en yüksek uyum puanı ise 158 olarak belirlenmiştir. Hunt 1987'de söz konusu puanlamayı basitleştirerek, toplam puanı 60'a indirmiş ve güvenilirlik çalışması sonucu Locke ve Wallace'ın (1959) orijinal testi ile aynı sonuçları elde etmiştir (kadınlar için $r=0.92$, erkekler için $r=0.94$). Basitleşmiş sistem şu şekildedir:

1. madde = 0,1,2,3,4,5,6 puan

2 ile 9 arası maddeler = 5,4,3,2,1 puan

10. madde = 0,1,2 puan

11. madde = 3,2,1,0 puan

12. madde = anlaşmazlık: 0 puan

dışarıda bir şeyler yapmak: 1 puan

evde oturmak: 2 puan

13. madde = 0,1,2,3 puan

14. madde = 2,1,0 puan

15. madde = 0,1,2,2 puan

5.7.3.2. Evlilik Uyum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması

EUÖ, Kışlak (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Burada Kışlak'ın (1995) uyarlama çalışması özetlenmektedir. Uyarlama çalışması için, EUÖ Kışlak (1995) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra çeviriler 5 uzman psikolog ve bir de yabancı dil uzmanı tarafından kontrol edilip düzeltilmiştir. Kışlak (1999), güvenilirlik ve geçerlik göstergelerinin elde edilmesi için yaptığı

çalışmada farklı eğitim ve gelir düzeylerinden olan 31 evli kadın ($X=33$, $\text{ranj}=22-53$) ve 31 evli erkek ($X=34$, $\text{ranj}=24-47$) olmak üzere toplam 62 gönüllü denekle gerçekleştirmiştir. Çalışmada EUÖ'nün iki yarım güvenilirliği saptanmasında Aile Yapısını Değerlendirme Aracından (AYDA) yararlanılmıştır. EUÖ'den elde edilen toplam puanlar ile AYDA'dan elde edilen toplam puanlar arası korelasyon hesaplanmış ve bu değer 0.66 olarak bulunmuştur. EUÖ'nün geçerliğine bir kanıt olarak, kadınların ve erkeklerin EUÖ ve AYDA'daki toplam puanları arası korelasyona bakılmıştır. Geçerlik katsayısı kadınlar için 0.76, erkekler için 0.54 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda, ölçekten alınan puanlara bakılarak, uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan puan değeri 43 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda; evli kişiler 43 ve üzeri puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu, 43 puan altında almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak belirlenmişlerdir.

Bu çalışmada Evlilik Uyum Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bulundu.

5.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara, araştırmacı tarafından olur formu okutulup imzalatıldı. Katılımcılara formların doldurulması için uygun ortam sağlandı (bire bir görüşülen özel bir oda), veri toplama formları üzerindeki sorular bire bir sorularak dolduruldu. Sürecin tamamı araştırmacı tarafından yürütüldü.

5.9. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programından yararlanıldı. Analizler sonucunda verilerin normal dağılmadığı belirlendi. Veriler, tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama) yanısıra, Kruskall Wallis testi, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon testi ve regresyon testi ile değerlendirildi.

5.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma, verilerin toplandığı merkezlere başvuran kadınlardan elde edilen veriler ile sınırlıdır.

6.BULGULAR

6.1. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1: Sosyodemografik Değişkenlerin Sıklık Dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	n	%	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	10	4,4
	İlkokul	78	34,2
	Ortaokul	23	10,1
	Lise	65	28,5
	Lisans	43	18,9
	Yüksek Lisans	7	3,1
	Doktora	2	0,9
Aylık Ortalama Gelir Durumu	300 TL ve altı	1	0,4
	301-500 TL	1	0,4
	501-1000 TL	5	2,2
	1001-1500 TL	28	12,3
	1501-2000 TL	70	30,7
	2000 TL ve üzeri	123	53,9
Yaşadığı Yer	Köy	5	2,2
	İlçe Merkezi	86	37,7
	İl Merkezi	137	60,1

Evlilik Süresi	1 yıl	8	3,5
	1-5 yıl	70	30,7
	6-10 yıl	88	38,6
	11 yıl ve üzeri	62	27,2
Aile Yapısı	Çekirdek aile	191	83,8
	Eşinin ailesi ile birlikte	31	13,6
	Kendi ailesi ile birlikte	6	2,6
Evlilik Biçimi	Görücü usulü/ istemeden	9	3,9
	Görücü usulü/ isteyerek	103	45,2
	Tanışarak	116	50,9
Kaçınıcı Evlilik	İlk	218	95,6
	İkinci	10	4,4
	Üçüncü	-	-
Evlilikte Şiddet	Asla	188	82,5
	Birkaç kez oldu	31	13,6
	Ara sıra	9	3,9
	Sık sık	-	-
Eş ile Akrabalık	Evet	28	12,3
	Hayır	200	87,7
Önceki Jinekolojik Hastalık Varlığı	Evet	53	23,2
	Hayır	170	74,6
	Hatırlamıyorum	5	2,2

Evlat Edinme	Evet	25	11,0
	Hayır	158	69,3
	Emin değilim	45	19,7
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme	Evet	40	17,5
	Hayır	188	82,5
Halen Devam Eden Psikiyatrik Tedavi	Evet	5	2,2
	Hayır	223	97,8
Psikoaktif Madde Kullanımı	Evet	88	38,6
	Hayır	140	61,4

Tablo 2: Eş ile ilgili değişkenlere göre sıklık dağılımı

Değişkenler		n	%
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	2	0,9
	İlkokul	70	30,7
	Ortaokul	19	8,3
	Lise	76	33,3
	Lisans	57	25,0
	Yüksek lisans	2	0,9
	Doktora	2	0,9
	Eşinin Kaçınıcı Evliliği	İlk	198
İkinci		30	13,2
Üç ve üzeri		-	-

Eşi ile İletişim Problemi	Evet	58	25,4
	Hayır	170	74,6
Eşinden Şiddet Görme	Evet	13	5,7
	Hayır	215	94,3

Tablo 3: İnfertilite ile ilgili değişkenlere;

Değişkenler		n	%
İnfertilite Sonucunda Eşin Tutumunda Değişiklik	Yok	57	25,0
	Olumlu yönde değişti	157	68,9
	Olumsuz yönde değişti	14	6,1
İnfertilite Sonucunda Eşin Ailesinden Tepki	Yok	120	52,6
	Anlayışlı ve destekleyici	80	35,1
	Eleştirel ve küçümseyici	28	12,3
Daha önce çocuk sahibi olma durumu	Evet	23	10,1
	Hayır	205	89,9
İnfertilite sebebinin bilinme durumu	Evet	195	85,5
	Hayır	33	14,5

İnfertilite Kimden Kaynaklanıyor?	Kadın kaynaklı	86	37,7
	Erkek kaynaklı	55	24,1
	Her iki eş kaynaklı	44	19,3
	Nedeni bilinmiyor (idiyopatik)	43	18,9
Kaç yıldır infertilsiniz?	1-2 yıl	47	20,6
	3-5 yıl	82	36,0
	6-10 yıl	57	25,0
	11 yıl ve üzeri	42	18,4
Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?	1 yıldan az	59	25,9
	1-2 yıl	41	18,0
	3-5 yıl	76	33,3
	6-10 yıl	30	13,2
	11 yıl ve üzeri	22	9,6
İnfertilite tedavisi ile ilgili bilginiz var mı?	Var	218	95,6
	Yok	10	4,4
Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?	Çok üzüldüğüm	141	61,8
	Boşanmaktan korkuyorum	23	10,1
	Çok mutsuzum	21	9,2
	Hiçbir şey değişmedi	43	18,9
TOPLAM		228	100,0

Çalışmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ait sıklık dağılımları Tablo 1'de görülmektedir. Kadınların %4,4'ünün okur-yazar, %34,2'sinin ilkokul mezunu, %10,1'inin ortaokul mezunu, %28,5'inin lise mezunu, %18,9'unun lisans mezunu, %3,1'inin yüksek lisans mezunu ve %0,9'unun doktora mezunu olduğu saptandı.

Aylık ortalama gelir düzeyine bakıldığında; %53,9'unun 2000 TL ve üzeri, %30,7'sinin 1500-2000 TL arası olduğu, %12,3'ünün 1000-1500 TL arası olduğu ve %2,2'sinin 500-1000 TL arası olduğu saptanmıştır. %60,1'inin il merkezinde, %37,7'sinin ilçe merkezinde ve %2,2'sinin köyde yaşadığı, %38,6'sının 6-10 yıl, %30,7'sinin 1-5 yıl arasında, %27,2'sinin 11 yıl ve üzeri evli olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların %83,8'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %13,6'sının eşinin ailesi ile birlikte yaşadığı ve %2,6'sının kendi ailesi ile birlikte yaşadığı belirlendi. Evlilik biçimine bakıldığında çalışmaya katılan kadınların %50,9'u tanışarak, %49,1'i görücü usulü evlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %95,6'sının ilk evliliği olduğu, %4,4'ünün ikinci evliliği olduğu; %82,5'inin evlilikte şiddet yaşamadığı ve %13,6'sının birkaç kez şiddet yaşadığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınların %87,7'sinde eşi ile arasında akrabalık olmadığı ve %12,3'ünde eşi ile arasında akrabalık olduğu belirlendi. %74,6'sının önceden jinekolojik bir hastalığı olmadığı %23,2'sinin daha önce jinekolojik hastalık geçirdiği; %69,3'ünün evlat edinmeyi düşünmediği ve %19,7'sinin evlat edinme konusunda emin olmadığı; %82,5'inin daha önce hiç psikiyatrik tedavi görmediği ve %17,5'inin daha önce psikiyatrik tedavi aldığı; %97,8'inin halen devam eden bir psikiyatrik tedavi görmediği; %61,4'ünün herhangi bir psikoaktif madde kullanmadığı, %38,6'sının daha önce psikoaktif madde kullandığı saptandı.

Kadınların eşi ile ilgili bulgular incelendiğinde; eşin eğitim düzeyi lise mezunu olanlar %33,3; eşi ilkokul mezunu olanlar %30,7; eşi lisans mezunu olanlar %25 olarak saptandı. Kadınların %74,6'sının eşi ile iletişim problemi yaşamadığı, %25,4'ünün eşi ile iletişiminde problem yaşadığı; %68,9'unun infertilite sonucunda eşinin tutumunda olumlu yönde bir değişiklik olduğu, %6,1'inin olumsuz yönde değiştiğini, %25'inin ise eşin tutumunda bir değişiklik olmadığı saptandı. %52,6'sında infertilite sonucunda eşinin ailesinden bir tepki almadığı, %35,1'inin anlayışlı ve destekleyici olduğu, %12,3'ünün eleştirici ve küçümseyici tepki verdiği;

%89,9'unun daha önce hiç çocuk sahibi olmadığı, %10,1'inin daha önce çocuk sahibi olduğu; %85,5'inin infertilite sebebinin bilindiği ve %14,5'inin infertilite sebebini bilmediği belirlendi. İnfertilite kaynağına bakıldığında %37,7'sinde infertilitenin kadın kaynaklı olduğu, %24,1'inin erkek kaynaklı olduğu, %19,3'ünün her iki eş kaynaklı olduğu ve %18,9'unun sebebi bilenemeyen infertilite olduğu saptandı. Kadınların %36'sının 3-5 yıldır infertil olduğu %25'i 6-10 yıldır, %18,4'ü 11 yıl ve üzeri infertil olduğu bulunmuştur. %33,3'ünün 3-5 yıldır infertilite tedavisi gördüğü, %13,2'sinin 6-10 yıldır tedavi gördüğü; %95,6'sının infertilite tedavisi ile ilgili bilgisi olduğı; %61,8'inde çocuğunun olmamasının kendisini çok üzdüğü ve %18,9'unda hiçbir şey değişmediği saptandı.

6.2. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4: Eğitim Durumuna Göre Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Eğitim durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
İlköğretim	111	135,69	10,00		
Lise	65	101,37	6,00		
Lisans	43	89,98	5,00	25,117	0,000*
Lisansüstü	9	65,11	3,00		
Toplam	228				

* İstatistiksel anlamlılık

Tablo 4'te görüldüğü gibi, eğitim durumuna göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulundu ($p=0,000$). İlköğretim mezunu olanların depresyon puanlarının diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p=0,000$) saptandı. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda İlköğretim mezunlarının Lise mezunu olanlara göre ($p=0,001$); İlköğretim mezunlarının Lisans mezunu olanlara göre ($p=0,000$); İlköğretim mezunu olanların Lisansüstü mezunu olanlara göre ($p=0,003$) depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı.

Tablo 5: Aylık gelir durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Aylık gelir durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
1500 Tlden az	35	138,20	10,00	5,398	0,067
1500-2000 Tl arası	70	108,94	6,50		
2000 Tl ve üzeri	123	110,92	6,00		
Toplam	228				

Aylık gelir durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,067$) saptandı (Tablo 5).

Tablo 6: Yaşanılan yere göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Yaşadığı yer	N	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Köy	5	176,70	29,00	17,419	0,000*
İlçe merkezi	86	133,06	10,00		
İl merkezi	137	100,58	5,00		
Toplam	228				

*** İstatistiksel anlamlılık**

Yaşanılan yere göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p=0,000$) bulundu (Tablo 6). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda köyde yaşayanların depresyon puanlarının il merkezinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,016$); İlçe merkezinde yaşayanların depresyon puanlarının il merkezinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,000$) olduğu bulundu.

Tablo 7: Evlilik süresine göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	χ^2	Ortanca	P
Evlilik süresi					
1-5 yıl	78	93,41		5,00	
6-10 yıl	88	125,68	12,167	8,50	0,002*
11 yıl ve üzeri	62	125,17		10,00	
Toplam	228				

*** İstatistiksel anlamlılık**

Araştırma grubunun evlilik süresine göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulundu ($p=0,002$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 6-10 yıl evlilik süresi olanların depresyon puanlarının 1-5 yıl evlilik süresi olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,002$); 11 yıl ve üzeri evlilik süresi olanların depresyon puanlarının 1-5 yıl evlilik süresi olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,004$) saptandı.

Tablo 8: Aile yapısına göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Aile yapısı					
Çekirdek aile	191	109,71	6,00		
Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor	31	149,16	17,00	10,576	0,005*
Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor	6	88,00	5,50		
Toplam	228				

*** İstatistiksel anlamlılık**

Araştırma grubunun aile yapısına göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulundu ($p=0,005$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, eşinin ailesi

ile birlikte yaşayanların çekirdek ailesi olanlara göre depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,002$) saptandı.

Tablo 9: Evlilik biçimine göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Evlilik Biçimi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Görücü usulü	112	132,49	10,00		
Tanışarak	116	97,13	5,00	4481,500	0,000*
Toplam	228				

*** İstatistiksel anlamlılık**

Evlilik biçimine göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p= 0,000$). Görücü usulü ile evlenmiş olanların depresyon puanlarının tanışarak evlenmiş olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p= 0,000$).

Tablo 10: Kaçınıcı evlilik olma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Kaçınıcı evlilik	n	Sıra	Ortanca	Mann Whitney	P
		Ortalaması		U	
İlk	218	116,72	7,50	605,000	0,017*
İkinci	10	66,00	2,50		
Toplam	228				

*** İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 10'da görüldüğü gibi, ilk evliliği olan kadınların depresyon puanlarının ikinci evliliği olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p= 0,017$).

Tablo 11: Evlilikte şiddet yaşama durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER

Evlilikte Şiddet Yaşama	n	Sıra		Mann	
		Ortalaması	Ortanca	Whitney U	P
Asla	118	98,61	5,00	773,000	0,000*
Ara sıra	40	189,18	22,00		
Toplam	228				

* İstatistiksel anlamlılık

Evlilikte ara sıra şiddet gören kadınların depresyon puanlarının hiç şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p= 0,000) (Tablo 11).

Tablo 12: Eş ile akrabalık durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER

Depresyon Puanı

Eş ile akrabalık durumu	n	Sıra		Mann	
		Ortalaması	Ortanca	Whitney U	P
Evet	28	118,07	9,00	2700,000	0,759
Hayır	200	114,00	7,00		
Toplam	228				

Eş ile akrabalık olma durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,759) (Tablo 12).

Tablo 13: Daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumu					
Evet	53	104,10	6,00		
Hayır	170	116,35	7,50	4,047	0,132
Hatırlamıyorum	5	161,90	13,00		
Toplam	228				

Tablo 13’de görüldüğü gibi kadınların daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumuna göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı saptandı (p= 0,132).

Tablo 14: Evlat edinmeyi düşünme durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Evlat edinmeyi düşünme					
Evet	25	125,58	10,00		
Hayır	158	111,43	6,50	1,271	0,530
Emin değilim	45	119,11	7,00		
Toplam	228				

Kadınların evlat edinmeyi düşünme durumuna göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı saptandı (p= 0,530) (Tablo 14).

Tablo 15: Daha önce psikiyatrik tedavi alma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Daha önce Psikiyatrik tedavi alma	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	40	122,91	8,00	3423,500	0,374
Hayır	188	112,71	6,00		
Toplam	228				

Tablo 15’de görüldüğü gibi, daha önce psikiyatrik tedavi alma durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p= 0,374).

Tablo 16: Halen görülen psikiyatrik tedavi varlığına göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Halen gördüğü psikiyatrik tedavi varlığı	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	5	123,60	9,00	512,000	0,755
Hayır	223	114,30	7,00		
Toplam	228				

Halen görülen bir psikiyatrik tedavi varlığı durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,755) (Tablo 16).

Tablo 17: Daha önce psikoaktif madde kullanma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Daha önce psikoaktif madde kullanma durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	88	116,44	7,50	5989,000	0,724
Hayır	140	113,28	7,00		
Toplam	228				

Tablo 17’de görüldüğü gibi, daha önce psikoaktif madde kullanma durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,724).

Tablo 18: Eş eğitim düzeyine göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Eş eğitim düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
İlköğretim	91	140,40	11,00	28,923	0,000*
Lise	76	108,00	6,00		
Lisans	58	85,87	5,00		
Lisansüstü	3	47,17	2,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 18’de görüldüğü gibi, eş eğitim düzeyine göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı farklılık olduğu (p= 0,000); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ilköğretim mezunu kadınların depresyon puanlarının lise mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek (p= 0,001); ilköğretim mezunu kadınların depresyon puanlarının lisans mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek (p= 0,000); lise

mezunu olanların depresyon puanlarının lisans mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,042$) olduğu saptandı.

Tablo 19: Eşinin kaçınıcı evliliği olduğuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	Eşinin kaçınıcı evliliği?	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U
İlk	198	116,99	7,50	2476,000	0,142
İkinci	30	98,03	4,50		
Toplam	228				

Eşinin kaçınıcı evliliği olmasına göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı saptandı ($p= 0,142$) (Tablo 19).

Tablo 20: Eş ile iletişim problemi olma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	Eşi ile iletişim problemi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U
Evet	58	159,80	14,00	2302,500	0,000*
Hayır	170	99,04	5,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 20’de görüldüğü gibi eşi ile iletişiminde problem olup olmama durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p= 0,000$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, eşi ile iletişim problemi yaşayan kadınların depresyon puanlarının eşiyle iletişim problemi olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p= 0,000$).

Tablo 21: Eşinden şiddet görme durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Eşinden şiddet görme durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	13	203,81	33,00	236,500	0,000*
Hayır	215	109,10	6,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 21’de görüldüğü gibi, eşinden şiddet görme durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p= 0,000$); eşinden şiddet gören kadınların depresyon puanlarının, eşinden şiddet görmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p= 0,000$).

Tablo 22: İnfertilite sonucunda eşinin tutumunda değişiklik olma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
İnfertilite sonucunda eşin tutumunda değişiklik	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Yok	57	122,31	9,00	33,968	0,000*
Olumlu yönde değişti	157	103,27	6,00		
Olumsuz yönde değişti	14	208,61	31,50		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 22’de görüldüğü gibi, infertilite sonucunda eşin tutumunda değişiklik durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda infertilite sonucunda eşinin

tutumunun olumsuz yönde değiştiğini belirten kadınların depresyon puanlarının eşinin tutumunda değişiklik olmayan kadınların depresyon puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); infertilite sonucunda eşinin tutumunun olumsuz yönde değiştiğini belirten kadınların depresyon puanlarının eşinin tutumunda olumlu yönde değişiklik olan kadınların depresyon puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$) saptandı.

Tablo 23: İnfertiliteye eşinin ailesinden tepki durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

İnfertiliteye eşinin ailesinden tepki durumu	DEĞİŞKENLER					Depresyon Puanı	
	N	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P		
Yok	120	107,17	6,50				
Anlayışlı ve destekleyici	80	101,88	6,00	33,843	0,000*		
Eleştirel ve küçümseyici	28	181,98	21,50				
Toplam	228						

*İstatistiksel anlamlılık

Tablo 23'te görüldüğü gibi, infertiliteye eşinin ailesinden tepki olma durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda infertilite durumuna eşinin ailesinden eleştirel ve küçümseyici bir tepki alan kadınların depresyon puanlarının anlayışlı ve destekleyici bir tepki alan kadınların depresyon puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); infertilite durumuna eşinin ailesinden eleştirel ve küçümseyici bir tepki alan kadınların depresyon puanlarının eşinin ailesinden hiç tepki almayan kadınların depresyon puanlarına göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,000$) olduğu bulundu.

Tablo 24: Daha önce çocuk sahibi olma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
Daha önce çocuk sahibi olma durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	23	88,80	4,00	1766,500	0,048*
Hayır	205	117,38	8,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 24’te görüldüğü gibi, daha önce çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı, daha önce çocuk sahibi olan kadınların depresyon puanlarının, daha önce çocuk sahibi olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p= 0,048).

Tablo 25: İnfertilite sebebinin bilinme durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
İnfertilite sebebinin bilinme durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	195	116,49	7,00	2830,000	0,268
Hayır	33	102,76	6,00		
Toplam	228				

İnfertilite sebebinin bilinme durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,268) (Tablo 25).

Tablo 26: İnfertilitenin kimden kaynaklandığına göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
İnfertilite kimden kaynaklanıyor?					
Kadın kaynaklı	86	125,84	8,50		
Erkek kaynaklı	55	111,75	6,00		
Her iki eşten kaynaklı	44	111,94	8,00	5,428	0,143
Nedeni bilinmiyor (idiyopatik)	43	97,95	6,00		
Toplam	228				

İnfertilitenin kimden kaynaklandığı durumuna göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p= 0,143$) saptandı (Tablo 26).

Tablo 27: İnfertilite süresine göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
İnfertilite süresi					
1-2 yıl	47	98,16	5,00		
3-5 yıl	82	99,67	5,00		
6-10 yıl	57	141,60	11,00	17,770	0,000*
11 yıl ve üzeri	42	124,96	10,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 27’de görüldüğü gibi, infertil süresine göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 6-10 yıldır infertil olan kadınların depresyon puanlarının 1-2 yıldır infertil olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,001$); 6-10 yıldır infertil olan kadınların depresyon puanlarının 3-5 yıldır infertil olanlara göre anlamlı olarak

yüksek olduğu ($p= 0,000$); 11 yıl ve üzeri süredir infertil olan kadınların depresyon puanlarının 3-5 yıldır infertil olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,043$) saptandı.

Tablo 28: İnfertilite tedavi süresine göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
İnfertilite tedavi süresi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
1 yıldan az	59	99,03	5,00		
1-2 yıl	41	107,05	6,00		
3-5 yıl	76	116,49	6,00	8,965	0,062
6-10 yıl	30	133,18	11,00		
11 yıl ve üzeri	22	137,55	12,50		
Toplam	228				

İnfertilite tedavi süresine göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,062$) saptandı (Tablo 28).

Tablo 29: İnfertilite tedavisi ile ilgili bilgisi olma durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Depresyon Puanı			
İnfertilite tedavisi ile ilgili bilgisi var mı?	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	218	114,51	7,0000	1087,000	0,988
Hayır	10	114,20	7,5000		
Toplam	228				

İnfertilite tedavisi ile ilgili bilgisi olma durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,988$) saptandı (Tablo 29).

Tablo 30: Çocuğun olmamasının etkileme durumuna göre depresyon düzeylerinin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Depresyon Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Çocuğun olmamasının etkileme durumu					
Çok üzülüyorum	141	106,04	6,00		
Boşanmaktan korkuyorum	23	186,78	27,00	50,980	0,000*
Çok mutsuzum	21	160,00	16,00		
Hiçbir şey değişmedi	43	81,35	4,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 30’da görüldüğü gibi, çocuğun olmamasının etkileme durumuna göre kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı (p= 0,000); Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, çocuğunun olmamasına bağlı olarak boşanmaktan korktuğunu belirten kadınların depresyon puanlarının çok üzüldüğünü belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,000); Çocuğunun olmamasından dolayı çok mutsuz olduğunu belirten kadınların depresyon puanlarının çok üzüldüğünü belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,000); Çocuğunun olmamasına çok üzüldüğünü belirten kadınların depresyon puanlarının hiçbirşeyin değişmediğini belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,015); Çocuğunun olmamasına bağlı olarak boşanmaktan korktuğunu belirten kadınların depresyon puanlarının çok mutsuz olduğunu belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,013); Çocuğunun olmamasına bağlı olarak boşanmaktan korktuğunu belirten kadınların depresyon puanlarının hiçbirşeyin değişmediğini belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,000); Çocuğunun olmamasına bağlı olarak çok mutsuz olduğunu belirten kadınların depresyon puanlarının hiçbirşeyin değişmediğini belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,000) saptandı.

6.3. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE EVLİLİK UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 31: Eğitim durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

Eğitim durumu	n	Sıra		χ^2	P
		Ortalaması	Ortanca		
İlköğretim	111	90,35	45,00	32,174	0,000*
Lise	65	128,80	51,00		
Lisans	43	151,38	52,00		
Lisansüstü	9	132,89	50,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 31’de görüldüğü gibi, eğitim durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$) belirlendi. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, lise mezunu olanların evlilik uyumu puanlarının ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,000$); Lisans mezunu olanların evlilik uyumu puanlarının ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,000$); Lisans mezunu olanların evlilik uyumu puanlarının lise mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek ($p= 0,048$) olduğu tespit edildi.

Tablo 32 : Aylık gelir durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu			
Aylık gelir durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
1500 Tlden az	35	95,14	45,00		
1500-2000 Tl arası	70	121,53	49,00	3,884	0,143
2000 Tl ve üzeri	123	116,01	49,00		
Toplam	228				

Aylık ortalama gelir durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,143$) saptandı (Tablo 32).

Tablo 33: Yaşanılan yere göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Yaşadığı yer	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Köy	5	51,90	20,00		
İlçe merkezi	86	95,65	46,00	17,852	0,000*
İl merkezi	137	128,62	50,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Yaşadığı yere göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$) (Tablo 33); Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, il merkezinde yaşayan kadınların evlilik uyumu puanlarının ilçe merkezinde yaşayan kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$) saptandı.

Tablo 34: Evlilik süresine göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
Evlilik süresi					
1-5 yıl	78	135,66	51,00		
6-10 yıl	88	104,41	47,00	12,277	0,002*
11 yıl ve üzeri	62	102,20	46,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Evlilik süresine göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,002$); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 1-5 yıldır evli olanların evlilik uyumu puanlarının 6-10 yıldır evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p= 0,002$); 1-5 yıldır evli olanların evlilik uyumu puanlarının 11 yıl ve üzeri süredir evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p= 0,004$) saptandı.

Tablo 35: Aile yapısına göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Aile yapısı					
Çekirdek aile	191	118,74	49,00		
Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor	31	78,00	40,00	14,271	0,001*
Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor	6	168,00	54,50		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Aile yapısına göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,001$) (Tablo 35); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların evlilik uyumu puanlarının eşinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,001$) tespit edildi.

Tablo 36: Evlilik biçimine göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Evlilik Biçimi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Görücü usulü	112	93,73	46,00	4170,000	0,000*
Tanışarak	116	134,55	51,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 36’da görüldüğü gibi, evlilik biçimine göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; Tanışarak evlenmiş olan kadınların evlilik uyumu puanlarının görücü usulü evlenmiş olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p= 0,000$).

Tablo 37: Kaçınıcı evlilik olduğu durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Kaçınıcı evlilik?	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
İlk	218	112,86	48,00	733,000	0,080
İkinci	10	150,20	51,50		
Toplam	228				

Tablo 37’de görüldüğü gibi, kadınların kaçınıcı evliliği olma durumuna göre evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p= 0,080$).

Tablo 38: Evlilikte şiddet yaşama durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Evlilikte Şiddet Yaşama	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Asla	188	132,28	50,00	416,500	0,000*
Ara sıra	40	30,91	28,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Evlilikte şiddet yaşama durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; Evliliğinde ara sıra şiddet yaşayan kadınların evlilik uyumlarının, evliliğinde şiddet yaşamayan kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p= 0,000) (Tablo 38).

Tablo 39: Eş ile akrabalık durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Eş ile akrabalık durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Evet	28	113,30	48,50	2766,500	0,918
Hayır	200	114,67	48,00		
Toplam	228				

Eşi ile akraba olma durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,918) (Tablo 39).

Tablo 40: Daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Evet	53	126,11	49,0000		
Hayır	170	113,26	48,5000	9,251	0,010
Hatırlamıyorum	5	33,60	28,0000		
Toplam	228				

Tablo 40'ta görüldüğü gibi, daha önce jinekolojik bir hastalık geçirme durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,010$) saptandı.

Tablo 41: Evlat edinmeyi düşünme durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Evlat edinmeyi düşünme	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Evet	25	106,72	46,00		
Hayır	158	119,48	49,50	3,051	0,218
Emin değilim	45	101,33	46,00		
Toplam	228				

Evlat edinmeyi düşünme durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,218$) saptandı (Tablo 41).

Tablo 42: Daha önce psikiyatrik tedavi alma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Daha önce psikiyatrik tedavi alma	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Evet	40	96,95	46,50	3058,000	0,063
Hayır	188	118,23	49,00		
Toplam	228				

Daha önce psikiyatrik tedavi alma durumuna göre kadınların evlilik uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p= 0,063$) (Tablo 42).

Tablo 43: Halen görülen psikiyatrik tedavi varlığına göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Halen gördüğü psikiyatrik tedavi varlığı	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Evet	5	100,20	48,00	486,000	0,624
Hayır	223	114,82	49,00		
Toplam	228				

Tablo 43'te görüldüğü gibi, halen görülen psikiyatrik tedavi varlığına göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı ($p= 0,624$) saptandı.

Tablo 44: Daha önce psikoaktif madde kullanma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Daha önce psikoaktif madde kullanma durumu					
Evet	88	113,33	48,00		
Hayır	140	115,24	49,00	6057,000	0,832
Toplam	228				

Daha önce psikoaktif madde kullanma durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p= 0,832$) (Tablo 44).

Tablo 45: Eş eğitim düzeyine göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Eş eğitim düzeyi					
İlköğretim	91	86,72	45,00		
Lise	76	117,30	48,50	36,627	
Lisans	58	152,06	52,00		0,000*
Lisansüstü	3	160,17	50,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Eşinin eğitim düzeyine göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$) (Tablo 45); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, eşi lise mezunu olan kadınların evlilik uyumu puanlarının eşi ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p= 0,001$); Eşi lisans mezunu olan kadınların evlilik uyumu puanlarının eşi ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); Eşi lisans mezunu olan kadınların evlilik uyumu

puanlarının eşi lise mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,001$) saptandı.

Tablo 46: Eşinin kaçınıcı evliliği olduğuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Eşinin kaçınıcı evliliği?	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
İlk	198	111,04	48,00	2285,000	0,042*
İkinci	30	137,33	51,50		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Eşinin kaçınıcı evliliği olma durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; Eşinin ilk evliliği olan kadınların evlilik uyumları, eşinin ikinci evliliği olan kadınlara göre daha düşük düzeyde bulundu ($p=0,042$) (Tablo 46).

Tablo 47: Eşi ile iletişim problemi olma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Eşi ile iletişim problemi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	P
Evet	58	65,06	39,00	2062,500	0,000*
Hayır	170	131,37	50,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 47’de görüldüğü gibi, eşi ile iletişiminde problem olup olmama durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; Eşi ile iletişiminde problem yaşayan kadınların evlilik uyumları, iletişim problemi yaşamayan kadınlara göre daha düşük düzeyde bulundu ($p=0,000$).

Tablo 48: Eşinden şiddet görme durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Eşinden şiddet görme durumu					
Evet	13	21,69	21,00		
Hayır	215	120,11	49,00	191,000	0,000*
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 48’de görüldüğü gibi, eşinden şiddet görme durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; Eşinden şiddet gören kadınların evlilik uyumları, eşinden şiddet görmeyen kadınlara göre daha düşük düzeyde bulundu (p= 0,000).

Tablo 49: İnfertilite sonucunda eşinin tutumunda değişiklik olma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
İnfertilite sonucunda eşin tutumunda değişiklik					
Yok	57	103,80	46,00		
Olumlu yönde değişti	157	127,38	50,00	40,306	0,000*
Olumsuz yönde değişti	14	13,68	17,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

İnfertilite sonucunda eşinin tutumunda değişiklik durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı (p= 0,000) (Tablo 49); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda infertilite sonucunda eşinin tutumunun olumlu yönde değiştiğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının eşinin tutumunda değişiklik olmadığını belirten kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,016); infertilite sonucunda eşinin tutumunda değişiklik olmadığını

belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının eşinin tutumunun olumsuz yönde değiştiğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); infertilite sonucunda eşinin tutumunun olumlu yönde değiştiğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının eşinin tutumunun olumsuz yönde değiştiğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$) belirlendi.

Tablo 50: İnfertiliteye eşinin ailesinden tepki durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
İnfertiliteye eşinin ailesinden tepki durumu					
Yok	120	119,69	49,00		
Anlayışlı ve destekleyici	80	133,28	50,50	44,400	0,000*
Eleştirel ve küçümseyici	28	38,63	27,50		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Tablo 50’de görüldüğü gibi, infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki varlığına göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı ($p= 0,000$); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda infertilite durumuna eşinin ailesinden tepki almayan kadınların evlilik uyumu puanlarının eşinin ailesinden eleştirel ve küçümseyici tepki alan kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); infertilite durumuna eşinin ailesinden anlayışlı ve destekleyici tepki alan kadınların evlilik uyumu puanlarının eleştirel ve küçümseyici tepki alan kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$) saptandı.

Tablo 51: Daha önce çocuk sahibi olma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
Daha önce çocuk sahibi olma durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Evet	23	136,26	50,00	1857,000	0,095
Hayır	205	112,06	48,00		
Toplam	228				

Daha önce çocuk sahibi olup olmama durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p= 0,095$) (Tablo 51).

Tablo 52: İnfertilite sebebinin bilinme durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
İnfertilite sebebinin bilinme durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
Evet	195	113,50	48,00	3022,000	0,576
Hayır	33	120,42	49,00		
Toplam	228				

İnfertilite sebebinin bilinme durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p= 0,576$) (Tablo 52).

Tablo 53: İnfertilitenin kimden kaynaklandığına göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
İnfertilite kimden kaynaklanıyor?	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Kadın kaynaklı	86	101,37	47,00	8,270	0,041*
Erkek kaynaklı	55	120,00	49,00		
Her iki eşten kaynaklı	44	112,61	48,00		
Nedeni bilinmiyor (idiyopatik)	43	135,65	51,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

İnfertilitenin kaynağına göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı (p= 0,041) (Tablo 53); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda nedeni bilinmeyen infertilitesi olan kadınların evlilik uyumu puanlarının kadın kaynaklı infertilitesi olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,007) saptandı.

Tablo 54: İnfertilite süresine göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
İnfertilite süresi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
1-2 yıl	47	139,20	50,00	13,130	0,004*
3-5 yıl	82	119,86	49,00		
6-10 yıl	57	97,69	45,00		
11 yıl ve üzeri	42	99,20	46,00		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

Kadınların infertil süresine göre evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı (p= 0,004) (Tablo 54); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 1-2 yıldır infertil olan kadınların evlilik uyumu puanlarının 6-10 yıldır infertil olanlara göre

anlamli olarak yuiksek olduğu (p= 0,002); 1-2 yıldır infertil olan kadınların evlilik uyumu puanlarının 11 yıl ve üzeri süredir infertil olanlara göre anlamli olarak yuiksek olduğu (p= 0,006); 3-5 yıldır infertil olan kadınların evlilik uyumu puanlarının 6-10 yıldır infertil olanlara göre anlamli olarak yuiksek olduğu (p= 0,040) saptandı.

Tablo 55: İnfertilite tedavi süresine göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Evlilik Uyumu Puanı			
İnfertilite tedavi süresi	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	P
1 yıldan az	59	136,75	51,00		
1-2 yıl	41	118,59	48,00		
3-5 yıl	76	106,41	48,00	14,015	0,007*
6-10 yıl	30	110,60	46,00		
11 yıl ve üzeri	22	80,48	43,50		
Toplam	228				

***İstatistiksel anlamlılık**

İnfertilite tedavi süresine göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamli olarak farklılaştığı (p= 0,007) saptandı (Tablo 55). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, 3-5 yıldır infertilite tedavisi gören kadınların evlilik uyumu puanlarının 1 yıldan az süredir tedavi gören kadınlara göre anlamli olarak düşük olduğu (p= 0,010); 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi gören kadınların evlilik uyumu puanlarının 11 yıl ve üzeri süredir tedavi gören kadınlara göre anlamli olarak yuiksek olduğu (p= 0,001); 1-2 yıldır infertilite tedavisi gören kadınların evlilik uyumu puanlarının 11 yıl ve üzeri süredir tedavi gören kadınlara göre anlamli olarak yuiksek olduğu (p= 0,019) saptandı.

Tablo 56: İnfertilite tedavisi ile ilgili bilgisi olma durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	n	Sıra Ortalaması	Ortanca	Mann Whitney U	p
İnfertilite tedavisi ile ilgili bilgisi var mı?					
Evet	218	114,12	48,00	1007,000	0,684
Hayır	10	122,80	48,50		
Toplam	228				

Tablo 56’da görüldüğü gibi, infertilite tedavisi ile ilgili bilgi olma durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p= 0,684).

Tablo 57: Çocuğun olmamasının etkileme durumuna göre evlilik uyumlarının karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Evlilik Uyumu Puanı				
	N	Sıra Ortalaması	Ortanca	χ^2	p
Çocuğun olmamasının etkileme durumu					
Çok üzülüyorum	141	124,85	50,00	54,440	0,000*
Boşanmaktan korkuyorum	23	41,76	28,00		
Çok mutsuzum	21	61,64	37,00		
Hiçbir şey değişmedi	43	145,27	52,00		
Toplam	228				

*İstatistiksel anlamlılık

Çocuğun olmamasının etkileme durumuna göre kadınların evlilik uyumu puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı (p= 0,000) (Tablo 57); yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çocuğunun olmamasına çok üzüldüğünü belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının çocuğunun olmamasına bağlı olarak boşanmaktan korktuğunu belirten kadınların evlilik uyumu puanlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu (p= 0,000); Çocuğunun olmamasına çok üzüldüğünü belirten

kadınların evlilik uyumu puanlarının çok mutsuz olduğunu belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); Çocuğunun olmaması sonucunda hiçbir şeyin değişmediğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının çok üzülmediğini belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,039$); Çocuğunun olmaması sonucunda hiçbirşeyin değişmediğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının boşanmaktan korktuğunu belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$); Çocuğunun olmaması sonucunda hiçbirşeyin değişmediğini belirten kadınların evlilik uyumu puanlarının çok mutsuz olduğunu belirten kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p= 0,000$) saptandı.

Tablo 58: Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki

		Depresyon	Evlilik Uyumu
Depresyon	R	1,000	-,656**
	P	.	,000
	N	228	228
Evlilik uyumu	R	-,656**	1,000
	P	,000	.
	N	228	228

** $p < 0.01$

Kadınların depresyon puanları ile evlilik uyumu puanları arasında $r= -0,656$ düzeyinde anlamlı ($p= 0,000$) ve ters yönlü bir ilişki olduğu bulundu.

Tablo 59: Evlilik Uyumlarının Depresyon Düzeyine Göre Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Modelin Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahmini Standart Hata	Beta	p
1	,779	,607	,605	6,98071	-,779	,000

Depresyon düzeyinin evlilik uyumunun anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir ($R=0.779$, $R^2= 0.607$, $p< 0.05$) (Tablo 59).

Çalışmada, kadınların beck depresyon ölçeği puan ortalaması $10,38 \pm 9,66$, evlilik uyum ölçeği puan ortalaması ise $46,17 \pm 10,74$ bulundu.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler literatür bilgileri ile tartışmaya sunuldu.

Bu çalışmada araştırma kapsamına katılan kadınların yaş ortalaması $34,18 \pm 5,25$ (median=34) olduğu ve %60,1'inin şehir merkezinde yaşadığı belirlendi. Uğur (2014) yapmış olduğu çalışmada, araştırma kapsamına aldığı kadınların yaş ortalamasının $33,96 \pm 5,38$ olduğunu, %65,6'sının şehirde yaşadığını saptamıştır.

Uğur (2014) yaptığı araştırmada, kadınların %37,8'inin daha önce gebe kaldığı, %17,8'inin yaşayan çocuğa sahip olduğunu saptamıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların %10,1'inin daha önce çocuk sahibi olduğu ve %89,9'unun daha önce hiç çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Oğuz (2004) infertilite tedavisi gören kadınlar ile ilgili yaptığı çalışmasında hasta grubun %34,2'sinin 5 yıldan az süredir, %34,2'sinin 6-10 yıldır ve %31,6'sının 11 yıldan uzun süredir evli olduklarını belirlerlemiştir. Aynı çalışmada infertil çiftlerin %52,6'sının görücü usulü evlendiklerini ve %34,2'sinin 6-10 yıl arası evli olduklarını belirlemiştir. Bozkurt çalışmasında infertil çiftlerin ortalama evlilik süresinin $6,38 \pm 4,26$ yıl olduğunu belirlemiştir. Uğur (2014) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların %43,3'ünün 1-5 yıl arası ve %56,7'sinin 6 yıl ve üzeri evli olduklarını belirlemiştir. Aynı çalışmada araştırmaya katılan kadınların %77,8'inin tanışarak evlendiğini ve %56,7'sinin 6 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu belirtmiştir. Gürbüz (2007) çalışmasında; tüm gruplardaki çiftlerin hemen hemen tamamının ilk evliliği olup, ortalama evlilik süresinin $9,88 \pm 5,50$ yıl olduğu, tüm gruplarda görücü usulü evlenenlerin çoğunluğu oluşturduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların evlilik süresine bakıldığında ise, çoğunluğunun (%38,6) 6-10 yıl arası evli olduğu saptanmıştır. Kadınların %50,9'u tanışarak, kendi istekleri ile evlilik yaptıkları, %49,1'inin görücü usulü evlendikleri belirlendi.

Literatürde infertil çiftlerde evlilik memnuniyeti ve uyumu ile ilgili çalışmalara bakıldığında; kadınlarla erkeklerin evlilik memnuniyetinin farklı olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi, infertilitenin evlilikteki uyumu ve çiftler arasındaki iletişimi kadınlarda daha olumsuz etkilediği yönünde araştırmalar da bulunmaktadır.

Oğuz (2004) çalışmasında; olguların %76,3'ünün evlilikte eşi tarafından hiç şiddete maruz kalmadığını ve %23,7'sinin en az bir kere şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu çalışmada ise eşinden hiç şiddet görmeyenler %82,5 ve eşinden sık sık şiddet görenler %17,5 olarak belirlendi.

Oğuz (2004) çalışmasında infertil kadınların %21,6'sının çocuk sahibi olmazsa evlat edinmeyi düşündüklerini ve %78,4'ünün evlat edinmeyi düşünmediğini ifade ettiklerini bildirmiştir. Bu çalışmada evlat edinmeyi düşünenler %11, evlat edinmek istemeyenler %69,3 ve evlat edinme konusunda emin olmayanlar %19,7 olarak bulundu.

Gürbüz'ün (2007) yaptığı çalışmada; çalışma kapsamına alınan çiftlerde alkol kullanımının düşük olduğu, ancak sigara kullanımının kadınlarda da erkeklerde de %70'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, daha önce psikoaktif madde kullanan kadınlar %38,6, kullanmayanlar ise %61,4 olarak saptandı.

Mango ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada; infertilite grubundaki kadınlarla kontrol grubundaki kadınlar arasında evlilik uyumu açısından anlamlı fark elde edilmiş, infertil gruptaki kadınların evlilik uyumları düşük bulunmuştur. Lee ve arkadaşları (2000) Çin'de 59 infertil çift ile yaptıkları çalışmada, erkeklerin, eşlerinden önemli derecede daha az stres yaşadığı, özgüvenlerinin daha fazla olduğu, evlilikteki memnuniyetlerinin kadınlardan çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmaya kadınların %85,5'inin infertilite sebebini bildiği ve %14,5'inin infertilite sebebini bilmediği belirlendi. İnfertilite sebebini %37,7'si kadın kaynaklı, %24,1'i erkek kaynaklı, %18,1'i sebebi bilinmeyen (idiyopatik) ve %19,3'ü ise her iki eşten kaynaklı olduğu belirlendi. Uğur (2014) çalışmasında araştırmaya katılan kadınların %77,8'inin gebe kalamama nedenini bildiklerini saptamıştır. Yine aynı

çalışmada olguların %34,4'ü infertilite nedeninin kadın kaynaklı olduğu, %24,4'ü erkek kaynaklı olduğu, %12,2'sinin ise psikolojik nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır. Oğuz (2004) çalışmasında; infertilite sebebinin %34,2'si kadın kaynaklı, %31,6'sı erkek kaynaklı, %15,8'i her iki eş kaynaklı olduğunu saptamıştır.

Kainz ve ark. (2001), ABD'de yaptıkları çalışmada, HIV- pozitif, kanser gibi kronik hastalığı olan kadınlar ile infertil olan kadınları karşılaştırmış ve infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada infertilite tedavisi gören kadınların daha önce herhangi bir jinekolojik hastalık geçirmesi ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Ramezanadeh ve ark. (2004), İran'da 370 infertil kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %40'ında depresyon tespit etmiştir. Oğuz (2004) çalışmasında infertil kadınların %21.1'inde hafif depresyon, %10.5'inde orta düzeyde depresyon saptamıştır. De Klerk ve ark. (2006), Hollanda'da 391 kadınla IVF tedavisi sırasında yaptıkları çalışmada; kadınlardan tedavi siklusu boyunca, her gün duygularını kaydetmeleri istenmiş ve çalışma sonucunda IVF tedavisi sırasında kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada infertilite tedavisi gören 228 kadında depresyon düzeylerine bakıldığında %14,5'i hafif depresyon belirtileri gösterirken, %17,1'inin orta düzeyde depresyon belirtileri olduğu belirlendi.

Newton ve ark. (1998), yaptıkları çalışmada; erkek kaynaklı infertilitenin, kadın kaynaklı infertiliteye göre her iki eşte de evlilik uyumu, cinsel ilişki ve sosyal hayatta daha çok yıkıcı olduğunu bildirmişlerdir. Lee ve ark. (2000), infertilite nedeninin evlilik uyumu ve cinsel yaşama etkisi konulu araştırmasında; infertilitenin her iki eşten kaynaklı olduğu çiftlerde, evlilik uyumunun daha düşük olduğu ve açıklanamayan (idiopatik) infertilite olgularında evlilik uyumları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada infertilite sebebi kimden kaynaklı sorusuna göre depresyon düzeylerine bakıldığında anlamlı bir fark olmazken, evlilik uyumlarına bakıldığında anlamlı fark saptandı. Çalışmada kadın kaynaklı infertilite olgularında evlilik uyum ölçeği puanı en düşük düzeyde belirlendi.

Kadınların ve erkeklerin evlilik uyum düzeyleri farklılaşmamaktadır. Evlilik uyumu ile ilgili araştırmalara bakıldığında (Bonds-Raacke ve ark., 2001; Hamamcı, 2005) evlilik uyumunun cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Gürbüz (2007), çalışmasındaki tüm kadın ve erkeklerden; eğitim seviyesi yüksek olanlarda, kendi isteği ile severek evlenenlerde, evlilik ilişkisini “çok iyi” olarak değerlendirenlerde, evlilikte çocuk önceliğinin birincil düzey öncelikli olmadığını söyleyenlerde, Çift Uyum Ölçeği puanları yüksek, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları düşük bulmuştur. Bu çalışmada, görücü usulü evlenenlerin depresyon puanları tanışarak evlenenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışmada evlilik biçimine göre evlilik uyumuna bakıldığında; tanışarak evlenenlerin görücü usulü evlenenlere göre evlilik uyumları anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Şirin ve ark. (2001), primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi ile ilgili yaptığı çalışmada; gelir durumu, yaşanan yer ve evlilik yılı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır. Yine aynı çalışmada eşlerin %26.9'unun davranışlarında değişme olduğu, %63.1'inin sinirli ve %21.1'inin soğuk olduğu, kadınların ise %30.9'unun üzgün oldukları, %24.8'inin eksiklik hissettikleri belirlenmiştir. Bğu çalışmada Şirin (2001)'in çalışmasından farklı olarak aylık ortalama gelir durumuna, yaşadığı yere, evlilik süresine göre kadınların evlilik uyumu puanları ve depresyon düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Bodur ve ark., (2013) tarafından yapılan bir çalışmada ise, çalışan kadınlarda ve gelir durumu arttıkça evlilik uyumunun arttığı saptanmıştır. . Bir başka çalışmada (Donkor ve Sandall, 2007) çalışan ve gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda evlilik uyumunun arttığı, depresyon ve infertilite ile ilişkili sosyal stresin azaldığı bildirilmektedir.

Fassino ve ark. (2002), İtalya'da yaptıkları çalışmada, organik nedenli infertilite problemi olan kadınlarda depresyon belirtilerinin anlamlı olarak daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Gülseren ve ark. (2006), 107 primer infertil kadın ve 63 sağlıklı kadınla yaptığı karşılaştırmalı çalışmada, eş ve eşin ailesi tarafından olumsuz tutumla karşılaşan kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada da eş ve eşin ailesinden olumsuz tepki alan kadınların depresyon düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu..

Orji ve ark. (2006), yaş arttıkça depresyon bulgularında azalma olduğu, düşük eğitim düzeyi, infertilite süresinin uzun olması, işsizlik, eşin ailesinden destek görememenin depresyon puanlarını artırdığını belirtmiştir. Güz ve ark. (2003) 'nın yapmış olduğu çalışmada, eşinin ailesinden aldığı tepkiye göre kadınların evlilik uyumu puanlarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada eşinden olumsuz tepki alan kadınların depresyon düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek ve evlilik uyumlarına bakıldığında eşinden olumlu yönde destek alan kadınların evlilik uyumları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eşinin tutumunda herhangi bir değişme olmayanların evlilik uyumları, eşin tutumunda olumsuz değişme olanlara göre daha yüksek bulundu. İnfertilite durumuna eşin ailesinden alınan tepkiye göre depresyon düzeyleri ve evlilik uyumları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Eşinin ailesinden anlayışlı ve destekleyici tepki alan kadınların depresyon düzeyleri düşük, evlilik uyumları yüksek ve eşinin ailesinden eleştirel ve küçümseyici tepki alan kadınların evlilik uyumları düşük ve depresyon düzeyleri yüksek bulundu.

Çalışmada kadınların eğitim düzeyleri ile depresyon puanları arasında anlamlı fark bulundu. Evlilik uyumları ile eğitim düzeyi ilişkisine bakıldığında anlamlı fark bulunmuş ve lisanas mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre evlilik uyum puanları daha yüksek bulundu. Güz ve ark. (2003), yaptıkları çalışmada diğer çalışmaların aksine infertilite süresi uzadıkça ve yaş arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinde iyileşme olduğunu belirtmiştir. Oğuz (2004), çalışmasında; yaş, yaşanılan yer, çalışma durumu, eğitim düzeyi, infertilite süresi, tedavi süresi ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada da elde edilen veriler, Oğuz'un çalışmasına paralel sonuçlar verdi.

Taşçı ve ark., (2008) İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu isimli çalışmasında, kadınların %50'sinin ara sıra psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ve %93,1'inin eşlerinden destek aldıklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada kadınların evlilikte uyum puan ortalamaları ile infertilite süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kavlak ve ark. (2002), infertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada infertil kadınların kendilerini boş, değersiz, yetersiz gördüklerini belirtmiştir. Kamacı (2003) tarafından yapılan çalışmada, primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisi incelenmiş, kadınların %31'inin, üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk yaşadığı; kadınların %23'ünün yalnızlık hissettiği saptanmıştır.

İnfertilite tanısı olan bireylerde en sık yaşanan duygu hüzündür. Çocuksuzluğa eşlik eden diğer duygular; şaşkınlık, inkar, öfke, pazarlık (eğer hamile kalırsam.), mutsuzluk, içe kapanıklık, çevreden soyutlanma, yas, suçluluk, değersizlik, engellenme kabullenmedir. Çalışmada çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi sorusuna verilen cevaplarda; boşanmaktan korkuyorum diyen kadınların depresyon düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulundu.. Aynı soru üzerinden evlilik uyumlarına bakıldığında; hiçbir şey değişmedi diyen kadınların evlilik uyumları anlamlı olarak yüksek, boşanmaktan korkuyorum diyen kadınların evlilik uyumları anlamlı olarak düşük bulundu. Oğuz (2004) yaptığı çalışmada; infertil olmak yaşamınızı nasıl etkiledi sorusuna verilen yanıtlardan, vakaların %21,6'sı eşinden ve ailesinden utandığını ifade ederken, %18,9'u boşanmaktan korktuğunu, %59,5'i ise çok üzülüğünü ifade etmiştir.

İnfertilite ile ruhsal belirti ve bulgular arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Gürbüz (2007) infertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun in vitro fertilizasyon ve embriyo transteri (IVF-ET) sonuçlarına etkisini araştırdığı çalışmada; çiftlere uyguladığı BDE puan ortalamalarına bakıldığında kadınların puan ortalamasını 21.11 ± 5.74 olarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızda BDE puan ortalaması 10.38 ± 9.66 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada belirlenen depresyon düzeyi Gürbüz'ün (2007) çalışmasına göre daha düşük bulundu.

Gürbüz (2007) çalışmada çalışma kapsamına aldığı çiftlerde uygulanan BDE'nin kesme noktasına göre dağılım incelendiğinde; kadınların toplam puan ortalamalarının orta düzeyde depresyon olarak kabul edilen 18-29 puan aralığında yoğunluk gösterdiğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda toplam puan 1-19 arasında dağılım göstermiştir.

Araştırmaların çoğu infertilite ile ruhsal belirtiler arasında ciddi bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. İnfertil hastalarda, psikolojik açıdan en büyük güçlüğün anksiyete, tedavinin başarisız olduğu çiftlerde ise depresyon olduğu saptanmıştır. Değişik kültürel özellikleri bulunan Japon toplumunda da sonuçlar yaygın anksiyete bozukluğunu destekler niteliktedir. Japonya’da infertil kadınların sağlıklı gebelerle kıyaslandığı başka bir çalışmada infertil grupta depresyon oranları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Dünyada ve Türkiye’de yapılan birçok çalışmada da infertil hastalarda en yüksek psikiyatrik hastalık prevalansı olarak anksiyete ve depresyon saptanmıştır (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014).

İnfertilitede yaşanan stresin diğer bir sebebi de tedavi sürecinin ekonomik yönden ifteleri zorlamasıdır. İnfertilite ve tedavisi süresinin uzaması psikiyatrik sorunlarla ilişkili diğer bir faktördür. Yapılan bazı çalışmalarda kısa ve uzun süreli infertilitede orta süreli infertiliteye göre daha düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmaktadır. Bunun sebebi; tedaviye başlarken çiftlerin birkaç ay içerisinde ocuk sahibi olacaklarını zannetmesi, infertilite süreci çok uzadıkça da çiftlerin başa çıkma mekanizmalarını geliştirmeleri ve durumu kabullenmeleridir. Bizim alışmamızda infertilite süresi ile depresyon düzeyi ve evlilik uyumları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Oğuz 2004, Uğur, 2014).

Uğur (2014) alışmasında olguların %51,1’i ocuk sahibi olamama nedeniyle baskı hissi hissettiğini ifade etmiştir. Hissedilen baskının kaynağı sorgulandığında; kadınların çoğunluğu (%23,3) bu baskıyı kendilerinden hissettiklerini, bunu izleyen sebebin (%10) eşin ailesinden kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada da eşinin ailesinden alınan tepkiye göre kadınların depresyon puanları arasında anlamlı farklılık olduğu, eşinin ailesinden eleştirel ve kmseyci tepki gören kadınların depresyon puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Eşinin ailesinden alınan tepkiye göre ise kadınların evlilik uyumları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Gürbüz (2007) alışmasında; infertiliteye ilişkin eşit derecede stres yaşayan çiftlerin evlilik uyumunun daha yüksek olduğunu ve BDE puanlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Ayrıca eşit derecede ocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, evlilik uyumunun daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Kıslak ve Göztepe (2012)'nin çalışmasında, EUÖ toplam puanı ile BDE toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı ($r = -19$, $p < 05$) bulunmuştur. Bu bulgu, katılımcıların depresyon puanlarındaki artış ile evlilik uyumlarındaki azalışın birlikte gözlemlendiğine işaret etmektedir. Gürbüz (2007) çalışmasında; infertilite nedeni ne olursa olsun tüm gruplarda Çift Uyum Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü, ileri düzeyde anlamlı ($p < 0.001$) ilişki olduğunu saptamıştır. Bu sonuca göre evlilik uyumu bozuldukça depresyon bulgularının arttığı söylenebilmektedir. Bu çalışmada da Evlilik Uyum Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif ters yönlü anlamlı ($r = -0,656$; $p < 0,000$) ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda Gürbüz (2007)'ün ve Kıslak ve Göztepe (2012)'nin çalışması ile benzer bulgular elde edilmiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma; infertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ve evlilik uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 228 kadın ile birlikte yapıldı. Bu bölümde, çalışmada elde edilen bilgiler doğrultusunda ulaşılan sonuçlar bulunmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların;

- %83,8'inin çekirdek aileye sahip oldukları,
- %38,6'sının 6-10 yıl süreyle evli oldukları,
- %50,9'unun tanışarak evlendiği, görücü usulü evlenenlerin %49,1'inin görücü usulü evlendiği, evlilik biçimi ile depresyon düzeyleri ve evlilik uyumu puanları arasında anlamlı ilişki olduğu, tanışarak evlenenlerin görücü usulü evlenenlere göre depresyon düzeylerinin düşük ve evlilik uyumlarının yüksek olduğu,
- Kadınların %74,6'sının eşi ile iletişim problemi olmadığı ve %25,4'ünün eşi ile iletişimde problem olduğu, eşi ile iletişim problemine göre depresyon düzeyi ve evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu, eşi ile iletişim problemi olan kadınların

depresyon düzeylerinin yüksek ve evlilik uyumlarının düşük olduğu,

- %10,1'inin daha önceden çocuk sahibi oldukları ve %89,9'unun hiç çocuk sahibi olmadıkları, daha önce hiç çocuk sahibi olmayan kadınların, daha önce çocuk sahibi olan kadınlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- %5,7'sinin eşinden şiddet gördüğü, %94,3'ünün eşinden hiç şiddet görmediği, eşinden şiddet gören kadınların evlilik uyumlarının, eşinden hiç şiddet görmeyenlere göre daha düşük olduğu,
- %48,7'sinin eğitim düzeyinin ilkokul olduğu, %28,5'inin eğitim düzeyi lise olduğu, %18,9'unun eğitim düzeyinin lisans olduğu ve %4'ünün eğitim düzeyinin lisansüstü olduğu; eğitim düzeyi ilköğretim olanların depresyon düzeylerinin yüksek ve evlilik uyumları düşük olduğu, eğitim düzeyi lisans olanların depresyon düzeylerinin daha düşük ve evlilik uyumlarının daha yüksek olduğu,
- %39,9'unun eşinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, %33,3'ünün eşinin eğitim düzeyinin lise olduğu, %25'inin eşinin eğitim düzeyinin lisans olduğu ve %1,8'inin eşinin eğitim düzeyinin lisansüstü olduğu; eşinin eğitim düzeyine göre depresyon düzeyleri ve evlilik uyumları arasında anlamlı farklılık olduğu ve eşinin eğitim düzeyi ilköğretim olan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek, evlilik uyumlarının ise düşük olduğu ve eşinin eğitim düzeyi lisansüstü olan kadınların depresyon düzeylerinin düşük, evlilik uyumlarının yüksek olduğu,
- Çalışmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $10,38 \pm 9,66$; Evlilik Uyum Ölçeği puan ortalaması ise $46,17 \pm 10,74$ olarak bulundu.

- Kadınların depresyon puanları ile evlilik uyumu puanları arasında anlamlı ($r = -0,656$; $p < 0,000$) ve ters yönlü ilişki olduğu saptandı.

ÖNERİLER

Sonuç olarak infertilitenin kadınları psikolojik olarak negatif yönde etkilediği ve bu durumun, kadınların evliliklerindeki uyumu etkilediği görülmüştür. Bu bağlamda infertil hastalara tedavi olanağı sağlayan kurum ve kuruluşlarda, infertilite tedavisi sürecinde kadınların yaşadığı depresyon düzeyini belirleyen çalışmalar yapılmalı ve sonuca göre gerekli olduğu düşünülen hastalara psikolojik olarak uzman yardımı verilmesi önerilebilir. Burada ebe ve hemşirelere düşen rolün önemi büyüktür. Kadınların evlilik uyumlarını ve psikolojik durumlarını desteklemeye yönelik girişimlerde bulunulması önerilebilir.

Depresyon düzeyleri düşük olan hastaların evliliklerindeki uyum yüksek olarak bulunmuştur. Hastaların psikolojik durumu ve evliliklerindeki uyumun infertilite tedavisinin sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğini ispatlayan çalışmalar mevcuttur. Psikolojik yardım ve evlilik uyumunu yükseltecek girişimler uygulanarak hastaların tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilmek ve tedavi başarısını yükseltebilmek mümkün olabilir.

Araştırma farklı bir ünite ve daha geniş bir popülasyon üzerinde farklı ve genişletilmiş bir şekilde yapılması önerilebilir.

Araştırma sadece kadınlar üzerinde değil, çiftler üzerinde uygulanabilir ve bu şekilde sadece kadının değil, bu durumda erkeğin de katkısını belirleyecek çalışmalar yapılabilir.

9. KAYNAKLAR

Akar H. Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile, Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Başhekim: Prof.Dr. Musa Tosun, Birim Şefi: Dr.Latif Alpkan).

Arıcı A. Yardımcı Üreme Teknikleri. Türkiye Aile Planlaması Vakfı Görünüm Dergisi. 2012, 2-15.

Bodur N.E, Coşar B, Erdem M. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013, 38(1): 51-62.

Bonds-Raacke J.M, Bearden E.S, Carriere N.J, Anderson E.M & Nicks S.D. Enganing Distortions: Are We Idealizing Marriage?. Journal of Psychology. 2001, 135(2): 179-184.

Çelik M. Evlilik Doyum Ölçeği Geliştirme Çalışması. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006, Adana. (Danışman: Prof.Dr.Banu Yazgan İnanç).

De Klerk C, Heijnen E.M, Macklon N.S, Duivenvoorden H.J, Fauder B.C.The Psychological Impact of Mild Ovarian Stimulation Combined with Single Embryo Transfer Compared with Conventional IVF. Human Reproduction. 2006, 21: 721-727.

Donkor E.S, Sandall J. The Impact Perceived Stigma and Mediating Social Factors on Infertility-Related Stress Among Woman Seeking Infertility Treatment in Southern Ghana. Social Science & Medicine. 2007, 65: 1683-1694.

Ekşi B. Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerine Düşünceleri. Aile ve Toplum. 2005, 2: 9

Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan L. Evlilik Uyumu. Düşünen Adam. 2005, 18: 39-47.

Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Düşünen Adam. 2005, 18(2): 72-81.

Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V. Anxiety, Depression and Anger Supression in Infertile Couples, A Controlled Study. Human Reproduction. 2002, 17: 2986-2994.

Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç. Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22 (3): 166-176.

Gürbüz Ş. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul. (Danışman: Yard.Doç.Dr.Hatice Yıldız Eryılmaz)

Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık A. Psychiatric Symptomps in Turkish Infertile Women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2003, 24: 267-271.

Hamamcı Z. Dysfunctional Relationship Beliefs in Marital Satisfaction and Adjustment. Social Behavior and Personality. 2005, 33(4): 313-328.

Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği. Psikoloji Dergisi.1989, 23: 3-13.

Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988, 22: 118-126.

Kainz K. Yhe Role of The Psychologist in The Evaluation and Treatment of Infertility. Womens Healt Issues. 2001, 11: 481-485.

Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – *Journal of Psychiatric Nursing*. 2012, 2:80-85.

Kavlak O, Saruhan A. İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ege Tıp Dergisi 41 (4): 229-232, 2002

Kırca N, Pasinoğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- *Current Apporaches in Psychiatry* 2013; 5(2):162-178.

Kışlak T.ř, Göztepe I. Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler. Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012, 3: 27-45.

Kinney A, Kline J. Smoking, Alcohol and Caffeine in Relation to Ovarian Age During the Reproductive Years. Human Reproductive. 2007, 22(4): 1175-1185.

Lee T.Y, Sun G.H. Psychosocial Response of Chinese Infertile Husbands and Wives. Arch Androl. 2000, 54(3): 143-148.

Monga M, Alexandrescu B, Katz S.E, Stein M, Ganiats T. Impact of Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment and Sexual Function. Adult Urology. 2004, 63(1): 126-130.

Newton CR, Sherrad W, Glavaz I: The Fertility Problem Inventory, Measuring Percieved Infertility Related Stres, Fertil Steril 69:1026-1033, 1998 (6. Kaynaktan)

Oğuz H, İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 2004, İstanbul.

Onat B.G., İnfertiliten Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul. (Danışman: Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ).

Orji E.O, Upkong D. Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006, 17(4): 259-265.

Ramezanzadeh F, Aghssa M.M, Abidina N, Zayeri F, Khanafsar N. A Survey of Relationship Between Anxiety, Depression and Duration of Infertility, BMC Women's Healt. 2004, 4(1): 9.

Sezgin H, Hoccoğlu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar – *Current Approaches in Psychiatry*. 2014, 2:165-184.

Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. F.N Hem. Derg. (2004) Cilt 22- Sayı 1: 17-24 , Araştırma Yazısı

Şendil G, Korkut Y. Evli Çiftlerde Çift Uyum ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi. 2008, (28): 15-34.

Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları. 2001, İzmir

Taşçı E, Bolsoy N,Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2008; Cilt: 5 Sayı:2 :105-110.

Uğur A.S. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul. (Danışman: Yard.Doç.Dr.Hacer Erten Yaman).

Yalçın H. Evlilik Uyumu ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmalar Dergisi. 2014, 1: 250-261.

Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008, 11:4.

EKLER

- Ek-1** **Özgeçmiş**
- Ek-2** **Etik Kurul Onayı**
- Ek-3** **Sosyodemografik Anket Formu**
- Ek-4** **Beck Depresyon Ölçeği**
- Ek-5** **Evlilik Uyum Ölçeği**
- Ek-6** **Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi İçin Çalışma İzni**
- Ek-7** **İstanbul Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi İçin Çalışma İzni**
- Ek-8** **Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Çalışma Onayı**
- Ek-9** **İstanbul Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi Çalışma Onayı**

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Atiye Elif	Soyadı	EĞİN
Doğum Yeri	Edirne	Doğum Tarihi	21.06.1991
Tel	0546 613 10 54	E-mail	elif.eginn@gmail.com

Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi	-
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi	2013
Lise	Lüleburgaz Dövenciler Lisesi	2009

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MC Office	İyi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
1 Ebelik	Acıbadem Fulya Hastanesi	2015-Halen
2 Hemşirelik	İstanbul Tıp Merkezi	
3 Ebelik	İstanbul Florence Nightingale Hastanesi	2013-2014

EK-2



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 2015-28
Konu : Tez çalışması

27.02.2015

Sayın Yard. Doç. Dr. Albena GAYEF
Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı

Aşağıda belirtilen çalışmanız 17.02.2015 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Çalışmanın Adı: “İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki “ başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. Albena GAYEF İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı

Diğer Araştırmacılar :Atiye Elif EĞİN, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Yard. Doç. Dr. Albena GAYEF İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı

Merkez sayısı: Tek merkez



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Karar No : 17.02.2015/28-205

Çalışmanın Adı: "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki " başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. Albena GAYEF İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı

Başkan

Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Numan ERMUTLU

Üye

Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye

Prof. Dr. Işın BARAN KULAKSIZOĞLU

Üye

Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye

Ecz. Pınar DEMİR ÖZKER

Raportör

Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye

Prof. Dr. Ali Seyfi Yalım YALÇIN

Üye

Doç. Dr. Demet AKIN

Üye

Av. Özlem ÖZTÜRK

Üye

Canan KILIÇ

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan "İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE EVLİLİK UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ" başlıklı Yüksek Lisans Tezi kapsamında oluşturulmuş olan aşağıdaki anket formunu doldurarak çalışmaya katkıda bulunabilirsiniz. Anket formu üzerine isim yazılmamalıdır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler sadece çalışma yürütücüleri tarafından değerlendirilecek ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz katkı için çok teşekkür ederiz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız :
2. Eğitim düzeyiniz : a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Lisans f) Yüksek Lisans g) Doktora
3. Mesleğiniz :
4. Aylık ortalama Gelir durumunuz ne kadardır?
a) 300 TL ve altı b) 301-500 TL c) 501-1000 TL d) 1001-1500 TL
e) 1501-2000 TL f) 2001 TL ve üzeri
5. Yaşadığınız yer : a) Köy b) İlçe merkezi c) İl merkezi
6. Evlilik süresi: a) 1 yıl b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri
7. Aile yapınız? a) Çekirdek aile b) Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor
c) Kendi ailesiyle birlikte yaşıyor
8. Evlilik biçiminiz? a) Görücü usulü / istemeden b) Görücü usulü / isteyerek c)
Tanışarak
9. Kaçınıcı evliliğiniz? a) İlk b) İkinci c) Üç ve üzeri
10. Evlilikte şiddet yaşıyor mu? a) Asla b) Birkaç kez oldu c) Ara sıra d)
Sık sık
11. Eşinizle aranızda akrabalık var mı? a) Evet b) Hayır

12. Daha önce jinekolojik (kadın hastalıkları) bir hastalık geçirdiniz mi?
a) Evet b) Hayır c) Hatırlamıyorum
13. Evlat edinmeyi düşündünüz mü? a) Evet b) Hayır c) Emin değilim
14. Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı ? a) Evet b) Hayır
15. Halen gördüğünüz psikiyatrik tedavi var mı? a) Evet b) Hayır

16. Daha önce hiç psikoaktif madde kullandınız mı? a) Evet b) Hayır
Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangisi/hangilerini kullandınız?
a) Sigara b) Yatıştırıcılar/uyku hapları c) Ağrı kesiciler d) Alkol e)
Uyuşturucu madde
f) Diğer (lütfen belirtiniz).....

17. Eşiniz ile ilgili sorular:

- Eşinizin yaşı :
- Eğitim düzeyi : a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Lisans
f) Yüksek Lisans g) Doktora
- Eşinizin kaçınca evliliği? a) İlk b) İkinci c) Üç ve üzeri
- Eşiniz ile iletişiminizde problem var mı? a) Evet b) Hayır
- Eşinizden şiddet görüyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- İnfertilite sonucunda eşinizin tutumunda değişiklik var mı ?
a) yok
b) olumlu yönde değişti
c) olumsuz yönde değişti
- İnfertilite durumuna eşinizin ailesinden tepki var mı ?
a) yok
b) anlayışlı ve destekleyici
c) eleştirel ve küçümseyici

18. İnfertil hasta grubunun özellikleri :

- Daha önce hiç çocuk sahibi oldunuz mu?
a) evet b) hayır

- **İnfertilite sebebi biliniyor mu ?**
a) evet b) hayır
- **İnfertilite kimden kaynaklanıyor?**
a) Kadın kaynaklı b) Erkek kaynaklı c) Her iki eşten kaynaklı d) Nedeni bilinmiyor (idiyopatik)
- **Kaç yıldır infertilsiniz?**
a) 1-2 yıl b) 3-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri
- **Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz ?**
a) 1 yıldan az b) 1-2 yıl c) 3-5 yıl d) 6-10 yıl e) 11 yıl ve üzeri
- **İnfertilite tedavisi ile ilgili bilginiz var mı?**
a) var b) yok

19. Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?

- a) Çok üzülüyorum.
- b) Boşanmaktan korkuyorum.
- c) Eşimden ve ailesinden utanıyorum.
- d) Çok mutsuzum.
- e) Hiçbir şey değişmedi.

20. Eklemek istediğiniz (herhangi bir hastalığınız var mı? vb.) varsa lütfen belirtiniz.

.....
.....

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum

	d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren

değişiklikler olduğunu hissediyorum	
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum	
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychology, 4, 561-571.

Beck, A.T. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. Pharmacopsychiatry, 7, 151-169.

Beck, A. (1975). Quantitative rating of depressive states. Acta Psychiat. Scand.51, 161-170

Beck, A.T. (1984). Internal consistencies of the original and revised BDI. J. Of Clinical Psychology.40, 6, 1365-1367.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

EK-5

EUÖ

1. **Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak**, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu olan küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

0 1 2 3 4 5 6

Çok Mutlu
Çok

Mutsuz
Mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma ya da anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her Zaman	Hemen Her	Ara Sıra	Sıklıkla	Hemen Her	Her
Zaman						
Anlaşamayız	Anlaşırız	Zaman	Anlaşamadı-	Anlaşama-	Zaman	
		Anlaşırız	ğımız olur	yız	Anlaşamayız	

2. Aile () () () () () ()

Bütçesini
İdare Etme

3. Boş Zaman () () () () () ()

Etkinlikleri

4. Duyguların () () () () ()
()

İfadesi

Her Zaman	Hemen Her	Ara Sıra	Sıklıkla	Hemen Her	Her Zaman
Anlaşırız	Zaman	Anlaşamadı-	Anlaşama-	Zaman	Anlaşamayız
	Anlaşırız	ğımız olur	yız	Anlaşamayız	

5. Arka- () () () () () ()
daşlar

6. Cinsel () () () () () ()
İlişkiler

7. Toplumsal () () () () () ()
Kurallara Uyma
(doğru, iyi veya uygun davranış)

8. Yaşam () () () () () ()
Felsefesi

9. Eşin Akra- () () () () () ()
balarıyla anlaşma

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın altını çiziniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzlukları genellikle:

Erkeğin susması ile

Kadının susması ile

Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

Hepsini

Bazılarını

Çok Azını

Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

Dışarda bir şeyler yapmayı

Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

Sık sık

Arada Sırada

Çok Seyrek

Hiçbir Zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz

Farklı bir kişiyle evlenirdiniz

Hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman

Nadiren

Çoğu konularda

Her konuda

EK-6



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/124
KONU: Anket hk.

TARİH :15/04/2015

KADIKÖY FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Atiye Elif EĞİN'in "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygularıyla rica ederim.


Prof. Dr. Vilçan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61

EK-7



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/125
KONU: Anket hk.

TARİH :15/04/2015

İSTANBUL TÜP BEBEK VE KADIN SAĞLIĞI MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Atiye Elif EĞİN'in "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61

EK-8



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Sayı:KFNH.2007/ 208

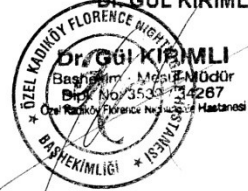
20.04.2015

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi ATİYE ELİF EĞİN'İN 'İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki' başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu kliniğimizde uygulaması uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Mesul müdür

Dr. GÜL KIRIMLI



EK-9

İSTANBUL TÜPBEBEK VE KADIN SAĞLIĞI MERKEZİ
GÜMÜŞSUYU, İNÖNÜ CAD. DERSAN HAN No:46/1 34433 TAKSİM / İSTANBUL
TEL: 0212 292 49 19 pbx GSM: 0533 682 46 64 FAKS: 0212 292 49 20
www.istanbultupbebek.com.tr



İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitünüz Ebelik yüksek Lisans Programı Öğrencisi Atiye Elif Eğin'in 'İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ve Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki ' başlıklı Tez çalışmasını 28/04/2015 -30/05/2015 tarihleri arasında İstanbul Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi'nde yapması uygundur.

20/04/2015

Emel Gümüş

Kalite ve Eğitim Koordinatörü

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ