



## Orjinal Makale

# İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri

📧 Songül Kamışlı,<sup>1</sup> 📧 Candan Terzioğlu,<sup>2</sup> 📧 Gürkan Bozdag<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, Çankırı

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma, tüp bebek tedavisine başvuran kadınların umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma, bir üniversite hastanesinin "Tüp Bebek Ünitesi"ne Ekim-Kasım 2019 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve infertil tanısı almış 70 kadın hasta ile yürütülmüştür. Çalışmanın verileri, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sosyo-demografik Bilgi Formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın etik izni, araştırmanın yapıldığı üniversitenin klinik araştırmalar biriminden alınmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeler; ilişki ve karşılaştırmalar için Ki-Kare ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınların %44.4'ü lise, %21.4'ü üniversite mezunudur. Kadınların %60'ı gelir getiren bir işte çalışmamakta ve %57.2'sinin gelir durumu orta düzeydedir. Kadınların %41.4'ü 33 ve üzeri yaşta, %55.7'si kendisinden kaynaklanan nedenlerden dolayı çocuk sahibi olamadığını bildirmiştir. Evlilik yılı ortalamaları 7.4, korunmasız yıl ortalamaları 6.1, BUÖ, BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları sırasıyla 7, 35 ve 17'dir. Çalışmaya katılan kadınların, gelir getiren bir işte çalışma durumları ile BAÖ ve BDÖ puanları arasında ve korunmasızlık yılları ile BAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim durumları ile BAÖ ve BDÖ puanları arasında ters yönde bir ilişki olduğu buna karşın işsizlik durumları ile BUÖ, BAÖ ve BDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyleri düştükçe BDÖ ve BAÖ puanlarının arttığı ve çalışmayanların BUÖ, BAÖ ve BDÖ puanlarının yüksek olduğu ayrıca korunmasız kaldıkları yıllar arttıkça anksiyete puanlarının da arttığı görülmüştür. Bu bulgulara göre infertilite tedavisi alan kadınlardan; eğitim düzeyi düşük olanlar, çalışmayanlar ve korunmasızlık yılları fazla olanların risk grubu olarak ele alınması, kaygı ve depresyon yönünden taranması gerekmektedir. İnfertilite alanında çalışan tüm hemşireler, tedavi başarısını artırmak için psikososyal danışmanlık becerilerini geliştirmeli ve danışmanlık becerileri bu alanda verilen hizmetlerde aktif kullanılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Anksiyete; depresyon; infertilite; kadın.

İnfertilite genellikle, bir çiftin en az bir yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye girmesine ve korunmamasına rağmen hamile kalamaması olarak tanımlanmaktadır.<sup>[1]</sup> Dünya sağlık örgütü, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte doğurganlık yaşındaki kadınların %10–15'inin infertiliteden muzdarip olduğunu bildirmektedir.<sup>[2]</sup> 2019 yılında yayınlanmış olan Türkiye Nüfus ve

Sağlık Araştırması<sup>[3]</sup> verilerine göre, ülkemizde 15–24 yaş grubundaki kadınların doğurganlıklarında önemli bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Üreme çağının sonunda hiç çocuğu olmayan evli kadınların oranı, primer infertilite düzeyine ilişkin bir gösterge olarak kullanıldığında bu oranın %4–8 civarında olduğu bildirilmiştir. İnfertilite, organik nedenler ve fiziksel anomalile-

**İletişim:** Songül Kamışlı, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, Çankırı, Turkey

**Tel:** +90 312 305 43 33 **E-posta:** songulkamisli@karatekin.edu.tr **ORCID:** 0000-0002-2709-3433

**Geliş Tarihi:** 24.02.2020 **Kabul Tarihi:** 25.06.2020 **Online Yayınlanma Tarihi:** 19.02.2021

©Copyright 2021 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



**Konu hakkında bilinenler nedir?**

- infertilite tedavisi sürecinde kadınların çeşitli biyopsikososyal nedenlere bağlı olarak psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiği bilinmektedir.

**Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?**

- Bu çalışmanın bulgularına göre; özellikle çalışmayan, eğitim düzeyi düşük ve korunmasızlık yılı uzun olan kadınların ruhsal sorunlar bakımından daha riskli bir grup olduğu saptanmıştır. Psikososyal destek çalışmalarında bu grubun öncelikli ele alınması önerilir.

**Uygulamaya katkısı nedir?**

- Bu çalışmanın bulguları, çocuk sahibi olmak için tedaviye başvuran eğitim seviyesi düşük, çalışmayan ve korunmasız yılları uzun olan kadınları risk grubu olarak belirlemek ve bu kişilere tedavinin başından itibaren ruhsal destek ve danışmanlık sağlamak için yol gösterici olacaktır. Ayrıca farklı alanlarda çalışmak isteyen psikiyatri hemşireleri için de infertilite alanı ilgi çekici görünmektedir.

re bağlı olabileceği gibi çiftlerin tüm test sonuçlarının negatif çıktığı işlevsellikle ilişkili olan psikolojik etkenler nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir.<sup>[4]</sup> Günümüzde çeşitli nedenlere bağlı olarak artan infertilite, çiftlerin aile yaşamlarını, psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve krize neden olmaktadır.<sup>[5]</sup> İnfertil kadınların incelendiği bazı çalışmalarda; depresyon ve anksiyete,<sup>[4,6-9]</sup> ciddi stres,<sup>[5]</sup> duygusal tükenmişlik<sup>[10,11]</sup> ve umutsuzluk<sup>[12]</sup> gibi psikolojik sorunların sık görüldüğü bildirilmektedir.

İnfertil kadınların psikolojik sorunlar yaşamasına neden olan pek çok biyopsikososyal ve kültürel etken vardır. Doğurğanlık yaşındaki bir kadının, istemesine rağmen biyolojik bir neden olmadan beklenmedik bir şekilde çocuk doğuramayacağını öğrenmesi, ciddi bir kayıp yaşantısı, acı verici bir deneyim olarak yaşanmakta ve kadının yanı sıra eşinin de psikolojik ve sosyal yaşamını bozmaktadır. Gebe kalamamanın beraberinde getirdiği annelik duygusunun kaybı, özellikle kadının sosyal statüsünün anne olma ile belirlendiği geleneksel toplumlarda sosyal damgalanmaya neden olup, kadının psikolojik sağlığını bozmaktadır.<sup>[5,13,14]</sup>

Gelişmiş ülkelerde, üreme konusundaki ileri teknolojiler bir yandan infertilite tanı ve tedavisini mümkün kılarken, öte yandan infertiliteye neden olan psikolojik etkenlerin arka planda bırakılarak ihmal edilmesine neden olmuştur.<sup>[15,16]</sup> Ülkemizde infertilite tanı ve tedavi sürecinde psikolojik sorunların incelendiği, bazı çalışmaların<sup>[5,12,13,17]</sup> varlığına rağmen bu çalışmaların artırılmasına, psikolojik sorunlarla ilişkili olan kişisel etkenlerin tanımlanmasına ve bu sorunların ele alındığı müdahale çalışmalarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma, infertilite tedavisine başvuran kadınların umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bazı tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla, alanda yapılacak müdahaleler için bir bilgi birikimi oluşturması temennisiyle yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem****Araştırmanın Tipi ve Örneklem**

Bu çalışma, infertilite tedavisine başvuran kadınların umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeylerinin bazı tanımlayıcı

özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel tipte tanımlayıcı yöntem kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya, bir üniversite hastanesi tüp bebek ünitesine Ekim-Kasım 2019 tarihleri arasında başvuran, infertil tanısı alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 70 kadın kabul edilmiş, ayrıca örneklem seçimine gidilmeyerek, örnekleme tümü dahil edilmiştir. Katılımcıların tamamı, tüp bebek tedavisine yeni başlamış veya tedavinin ilk aşamalarında olan kadınlardan oluşmuştur. Araştırmanın yapıldığı tüp bebek ünitesi, üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı olarak hizmet vermektedir.

**Kullanılan Araçlar**

Bu tanımlayıcı çalışmanın verileri; sosyodemografik bilgi formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu; katılımcıların yaşı, eğitim, çalışma ve gelir durumu, evlilik yılı, korunma yöntemi kullanıp kullanmadığı, çocuksuzluk nedeni, önceden gebe kalıp kalmadığı, kaç yıldır çocuk istediği, tüp bebek tedavi sayısı, gibi bazı sosyodemografik özelliklerini tanımlamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış sorulardan oluşmuştur.

**Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):** Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesinin ölçülmesi hedeflenmiştir.<sup>[18]</sup> Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı bir çalışmada<sup>[19]</sup> Cronbach alpha değeri 0.86 bulunmuş; toplumumuz için geçerliğinin ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu, özellikle koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında kullanılabileceği bildirilmiştir. Ölçek 20 sorudan oluşmakta ve kişiden uygun gelen yanıtlara evet, uygun olmayanlara hayır yanıtı vermesi istenmektedir. Madde 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20 "Evet" seçeneğine; madde 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 ise "Hayır" seçeneğine 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Toplam puan 0-20 arasında değişmektedir. Puanların yüksek olması umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck ve ark.<sup>[20]</sup> tarafından geliştirilmiş 21 maddelik, likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe'ye çeviri çalışması Şahin<sup>[21]</sup> tarafından yapılmış, Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark.<sup>[22]</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyon çalışmalarında, tedavi izlemlerinde anksiyeteyi güvenilir olarak ölçen bir klinik anksiyete ölçeği olarak kabul edilmiş ve kullanıma girmiştir. Hastadan belirtileri "Bugün dahil son bir hafta içinde" denilerek değerlendirilmesi istenir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde şeklinde değerlendirilir. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 0-7 puan minimal düzeyde anksiyete; 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete; 16-25 puan orta şiddette anksiyete, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerini göstermektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyonda görülen negatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. BDÖ Nesrin Şahin Hisli (1988)<sup>[23]</sup> tarafından

Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış, Ölçeğin her bir maddesi, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve dört seçenekli kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Bu seçeneklerin her biri ifade ettiği depresyonun şiddetine göre 0, 1, 2, 3 puanlarına karşılık gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup, klinik depresyonu belirlemek için kabul edilen kesme noktası 17'dir. 17 ve üstü puanların, tedavi gerektirebilecek depresyonu, %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmiştir. Ceyhan<sup>[24]</sup> tarafından oluşturulan ve yaygın olarak kullanılan puan dağılımında ise; 0–10 puan: Depresyon yok; 11–17 puan: Hafif depresyon; 18–29 puan: Orta düzeyde depresyon; 30–63 puan: Şiddetli depresyon olarak kabul edilmektedir.

İşlem: Araştırmacılar tarafından, tüp bebek tedavisi için başvuran, çalışma ölçütlerine uyan kadınlarla ön görüşmeler yapılmış; çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılmayı kabul eden kadınlara veri toplama araçları uygulanmıştır. Katılımcılar, veri toplama araçlarını, araştırmanın yapıldığı hastanenin tüp bebek ünitesindeki görüşme odasında doldurmuşlardır. Anlaşılmayan sorular araştırmacılar tarafından açıklanmıştır.

### İstatistiksel Değerlendirme

Veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS 21 istatistik programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler için frekans ve yüzdeler kullanılmıştır. Umutsuzluk, anksiyete ve depresyon puanları ile kadınların tanımlayıcı özellikleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını anlamak için yapılan istatistiksel analizde, BUÖ, BAÖ ve BDÖ puanlarından elde edilen veriler normal dağılım göstermediğinden nonparametrik Sperman Korelasyon Analizi Testi ve Ki-kare Testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata düzeyi %5 olarak hesaplanmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik izni, Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan KA-19099 numaralı onay ile alınmış ve katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Sınırlılık:** Çalışmanın, yalnızca örneklem olarak seçilen sınırlı sayıdaki kadın grubu ile yapılması, eşlerinin dahil edilmemesi ve örneklem grubu benzer olan infertil olmayan bir kontrol grubunda umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılmasının yapılmaması genellenebilir bir özellik taşımadığını göstermektedir. Ek olarak verilerin yalnızca öz bildirim ölçekleri ile toplanması, tanı koyma amaçlı bir psikiyatrik görüşme ve ruhsal durum değerlendirmesi yapılmaması çalışmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Kadınların %22.9'u 18–27 yaşında, %35.7'si 28–32 yaşında, %31.4'ü 33–37 yaşında ve %10'u 38–47 yaşındadır. Kadınların büyük çoğunluğu lise (%41.4) ve üniversite mezunudur (%21.4). Büyük çoğunluğunun (%60) gelir geti-

ren bir işi yoktur ve kendi ifadelerine göre ekonomik durumları orta seviyededir. Çocuksuzluk nedeni olarak, %55.7'si kendilerinden, %15.7'si bilinmeyen nedenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. %74.3'ü önceden gebe kalamadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların, %30'u bir kez, %41.4'ü iki kez, %24.3'ü üç kez daha önceden tüp bebek tedavisi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %72.9'unun umutsuzluk puanları 9 ve altında iken, depresyon puanlarına bakıldığında; %30'unun hafif düzeyde,

**Tablo 1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin, BDÖ ve BAÖ Puanlarının dağılımı**

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Yaş		
18–27	16	22.9
28–32	25	35.7
33–37	22	31.4
38–47	7	10.0
Eğitim durumu		
İlkokul	14	20.0
Ortaokul	12	17.2
Lise	29	41.4
Üniversite	15	21.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	28	40.0
Çalışmıyor	42	60.0
Gelir durumu		
Zayıf	11	15.7
Orta	40	57.2
İyi	19	27.1
Çocuksuzluk nedeni		
Kadının kendisi	39	55.7
Eşi	8	11.4
Her iki eş	11	15.7
Bilinmeyen	12	17.2
Önceden gebelik		
Evet	18	25.7
Hayır	52	74.3
Tüp bebek tedavi sayısı		
0	3	4.3
1	21	30.0
2	29	41.4
3	17	24.3
Beck Umutsuzluk Puanları		
9 ve altı	51	72.9
10 ve üzeri	19	27.1
Beck Depresyon Puan düzeyleri		
Depresyon yok	18	25.7
Hafif depresyon	21	30.0
Orta düzey depresyon	31	44.3
Beck Anksiyete Puan düzeyleri		
Orta düzey anksiyete	14	20.0
Şiddetli anksiyete	56	80.0

%44.3'ünün orta düzeyde depresyonu işaret eden puanlar aldıkları görülmüştür. Şiddetli düzeyde anksiyete puanı alanların oranının ise oldukça yüksek (%80) olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların evlilik ve korunmasız geçirdikleri yıllar ile BUÖ, BAÖ ve BDÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre kadınlar ortalama 7.4 yıldır evli ve

6.1 yıldır herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadırlar. BUÖ, BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları sırasıyla 7, 35 ve 17 olarak belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisine başvuran kadınların bazı değişkenlere göre BDÖ, BAÖ ve BUÖ puanları Tablo 3'de karşılaştırılmıştır. Çalışma durumları, korunmasızlık yılları ile depresyon ve ank-

**Tablo 2. Kadınların evlilik ve korunmasızlık yılları ile Ölçek Puan Ortalamalarının dağılımı**

Tanımlayıcı özellikler	Ortalama	Standart sapma	Minimum-Maksimum
Evlilik yılı	7.4	3.7	1-19
Korunmasız yıl	6.1	3.8	1-19
Beck Umutsuzluk Puanları	7.0	5.2	0-19
Beck Anksiyete Puanları	35.41	11.1	21-68
Beck Depresyon Puanları	17.65	10.0	2-44

**Tablo 3. İnfertilite tedavisine başvuran kadınların bazı değişkenlere göre BDÖ ve BAÖ ve BUÖ Puanlarının karşılaştırılması**

Tanımlayıcı özellikler	Sayı (%)	Depresyon Puan Ortancaları	Anksiyete Puan Ortancaları	Umutsuzluk puan ortancaları
Eğitim				
İlkokul	14 (20.0)	20	37	7.5
Ortaokul	12 (17.2)	20	37	9.0
Lise	29 (41.4)	17	31	5.0
Üniversite	15 (21.4)	8	27	3.0
İstatistiksel değerlendirme (Pearson Chi-Square Testi)		$X^2=4.9$ sd:2; p=0.07; p>0.05	$X^2=1.81$ ; sd:1 p=0.14; p>0.05 (Fisher Ki-Kare Testi)	$X^2=1.81$ sd:1; p=0.14; p>0.05
Çalışma durumu				
Çalışıyor	28 (40.0)	12.5	27.5	3
Çalışmıyor	42 (60.0)	17.0	34.5	7
İstatistiksel değerlendirme		$X^2=10.85$ sd:2; p=0.04 p<0.04 (Pearson Chi-Square Testi)	$X^2=10.92$ ; sd:1 p=0.02; p<0.05 (Fisher Ki-Kare Testi)	$X^2=1.04$ sd:1; p=0.23 p>0.05 (Fisher Ki-Kare Testi)
Korunmasızlık yılı				
1-5	37 (57.9)	16	34	8
5-10	25 (35.7)	16	30	5
10 üzeri	8 (11.4)	21	38.5	7
İstatistiksel değerlendirme (Pearson Ki-kare Testi)		$X^2=2.10$ sd:4; p=0.71 p>0.05	$X^2=6.23$ sd:2; p=0.04, p<0.05	$X^2=2.87$ sd:2; p=0.23 p>0.05

**Tablo 4. Bazı sosyodemografik değişkenler ile BUÖ, BDÖ ve BAÖ Puanları Sperman Korelasyon Testi sonuçları**

Değişkenler	BUÖ (n=70)		BAÖ (n=70)		BDÖ (n=70)	
	r	p	r	p	r	p
Eğitim durumu	-0.21	0.07	-0.27	0.02*	-0.36	0.002*
Çalışma durumu	0.31	0.009*	0.23	0.04*	0.26	0.02*
Evlilik Yılı	-0.13	0.27	-0.13	0.79	-0.03	0.77
Korunmasız yıl	-0.14	0.21	-0.04	0.08	0.49	0.97
Önceden gebe kalma durumu	0.11	0.36	0.13	0.27	0.19	0.10

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği.

siyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ( $p < 0.05$ ); çocuksuzluk nedeni, tüp bebek tedavisinin sayısı ile BDÖ, BAÖ ve BUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4'de bazı sosyodemografik değişkenler ile BUÖ, BAÖ ve BDÖ puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Sperman Korelasyon Testi sonuçları görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Yani eğitim düzeyi düştükçe depresyon ve anksiyete düzeyleri artmaktadır. İnfertilite tedavisi alan kadınların çalışma durumları ile umutsuzluk, anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların umutsuzluk, anksiyete ve depresyon puanları çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

## Tartışma

Bu tanımlayıcı çalışmanın bulguları alan yazın ışığında tartışılmıştır. Bu çalışmada kadınların yaklaşık yarıya yakınının depresyon puanlarının hafif ve orta düzeyde olduğu, bununla birlikte şiddetli düzeyde anksiyete yaşayanların oranının ise oldukça yüksek çıktığı belirlenmiştir. Alan yazındaki çalışmalara bakıldığında, bazı çalışmalarda kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol gruplarıyla benzer çıkarken,<sup>[11,25]</sup> bazılarında infertilite nedeni ne olursa olsun gerek tedavi süreci gerekse tedavinin olumsuz sonuçlarına bağlı olarak anksiyete ve depresyon seviyelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>[6-9]</sup> Bu çalışmada da benzer sonuçlarla karşılaşılmış, bununla birlikte depresyon puanlarına göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. İnfertil kadınlarda anksiyete düzeyinin ölçüldüğü bazı çalışmalarda, kadınların anksiyete düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur.<sup>[4,26]</sup> Buna karşın infertilite tedavisi alan kadınlarla yapılmış başka bir çalışmada<sup>[27]</sup> tedavi sonuçlarını beklerken kortizol ve serum prolaktin düzeyi gibi biyolojik göstergelere bakıldığında anksiyete düzeyinin çok yüksek çıktığı, ancak tedavi sonucunun öğrenilmesinin ardından anksiyete düzeyinin düştüğü ve kontrol grubu ile benzer çıktığı belirtilmiştir. İnfertil kadınlarda tedavi sonuçlarını beklerken ortaya çıkan yüksek düzeyde anksiyetenin ve depresyon belirtilerinin, tedavinin sonuçlarına odaklanan kadınların yaşadığı belirsizlik ve geçmiş olumsuz deneyimlerle ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>[28]</sup> Bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğu tedaviye başvurma aşamasında veya tedavisi yeni başlamış olan ve gelecekle ilgili belirsizlik yaşayan kadınlardan oluşmuştur. Şiddetli anksiyete puanlarının test sonuçlarıyla ilgili bu belirsizlikle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kadınların bu aşamada yaşamış oldukları yüksek kaygı seviyesi gelecekte yapılacak psikososyal müdahale çalışmaları için dikkate alınmalıdır.

İnfertil kadınların ruhsal durumlarında görülen kaygı ve depresyonun biyolojik ve psikolojik nedenlerinin yanı sıra kültürel nedenlerle de ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Doğu toplumlarında aile olmak birey olmaktan daha değerli olarak algılanmakta, kadının çocuk doğurması, aile olma ve aileyi sürdürmenin gereği gibi görülmektedir.<sup>[29]</sup> Örneğin Afrika'da,

çocuk doğurmanın ekonomik, kültürel ve sosyal nedenlere bağlı olarak çok değerli bir statü olduğu ve çocuksuzluğun çiftler arasında ciddi sorunlara neden olduğu bildirilmektedir.<sup>[30]</sup> Çoğu toplumda olduğu gibi, bizim toplumumuzda da çocuk ailenin önemli bir parçası olarak algılanmakta, kadının anne olma isteği pekiştirilmektedir. Bu algı evli kadınlarda, çocuk doğurmayı ve anne olmayı zorunlu kılan psikolojik ve sosyal bir baskıya dönüşebilmektedir. Çocuksuzluk ise özellikle kadın için bir sosyal damgalanma nedeni olmaktadır. Ayrıca tekrarlanan ve başarısızlıkla sonuçlanan yüklü tedaviler anksiyete ve depresyon belirtilerini tetikleyebilmektedir. Gebe kalma üzerine anksiyete ve depresyonun etkisinin ölçüldüğü, in vitro fertilizasyon tedavisi alan kadınlarla yapılmış bir çalışmada<sup>[8]</sup> yüksek düzeyde anksiyetenin gebelik sonuçlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir. İnfertil çiftlerde gerek tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı<sup>[30]</sup> hormonal sorunlar, gerekse psikososyal faktörlere<sup>[13]</sup> bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal sorunlar, gebelik oranlarını olumsuz etkilemektedir. Demyttenaere ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada,<sup>[31]</sup> infertilite tedavisi gören kadınlarda depresif belirtilerin düşük gebe kalma oranları ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada depresyon ve anksiyete düzeylerinde düşme ile birlikte gebelik oranlarında da anlamlı bir yükselme olduğu belirtilmektedir.<sup>[17]</sup>

İnfertilite ile mücadele eden kadınların yaşadıkları ruhsal sorunların, tedavi süreci ve gebelik üzerindeki etkilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, psikososyal müdahalelerin infertil çiftlerdeki etkisini araştıran çalışmaların sayısının artması gerektiği<sup>[32]</sup> ve tedavi öncesinde anksiyete ve depresyon taraması yapılarak riskli grupların belirlenmesi gerektiği bildirilmektedir.<sup>[33]</sup> Bizim çalışmamızda da görülen depresyon ve yüksek düzeyde anksiyete oranlarına bakıldığında, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınacak psikososyal müdahalelerin, infertilite tedavisinin bir parçası olarak kullanılması gerektiği ileri sürülebilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında ters yönde bir ilişki olduğu; eğitim düzeyi düştükçe, depresyon ve anksiyete puanlarının arttığı belirlenmiştir. Aliyeh ve Laya'nın infertil kadınlarla yaptığı bir çalışmada<sup>[34]</sup> benzer bir sonuç bulunmuş, eğitim düzeyi düşük olan kadınların depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kadınların kısır olma damgalanmasından daha fazla etkilendiği ve psikolojik sorunlara daha fazla maruz kaldıkları bildirilmiştir.<sup>[35]</sup> Başka bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ve çalışmayan infertil kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve psikolojik sorunlarla başetmelerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.<sup>[36]</sup> Ülkemizde 15-49 yaş grubundaki kadınlardan lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanların oranı %41 civarındadır. Doğurganlık yaşındaki bu kadınların yalnızca %28'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır.<sup>[3]</sup> Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, genellikle ekonomik özgürlüklerini sağlayabildikleri gelir getiren bir işte çalışmaları nedeniyle, hane halkı refah düzeylerinin daha yüksek olabileceği, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanacakları ve sosyal baskılara daha zengin baş etme kaynaklarıyla yanıt verebilecekleri öngörülebilir. Bizim çalışmamızda, katılımcıla-

rın yaklaşık üçte biri ilköğretim düzeyinde eğitime sahip ve çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışmayan kadınlardan oluşmaktadır. Ev hanımı olan bu kadınların, aile ve sosyal çevrenin geleneksel çocuk beklentileri baskısına daha fazla maruz kaldıkları, çalışmadıkları için infertilite tedavisinin maliyeti konusunda daha fazla sıkıntı yaşadıkları ve baş etme konusunda daha az fırsatları olduğu bütün bunlara bağlı olarak da umutsuzluk, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek çıktığı söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların korunmasızlık yılı ve depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınların korunmasızlık yılı arttıkça, depresyon puanlarının da arttığı görülmüştür. Ülkemizde infertil çiftlerde evlilik uyumu ve psikolojik etkilerin incelendiği bir çalışmada<sup>[37]</sup> evlilik ve korunmasızlık yılı arttıkça, depresyon puanlarının da arttığı bildirilmiştir. Korunmasız geçen yılların artması, birden fazla denenen tüp bebek tedavilerinin başarısız sonuçları, ümitsizlik ve çökkünlük duygularının artmasına ve psikolojik sıkıntılara neden olmaktadır<sup>[38]</sup> Ülkemizde, infertil kadınlarla yapılmış bir çalışmada, çocuk sahibi olamamanın özellikle kadınlar üzerinde başta üzüntü olmak üzere, mutsuzluk, hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesi, eşinden ve ailesinden utanma, boşanmaktan korkma gibi negatif duygu ve düşüncelere neden olduğu, korunmasızlık yılının artmasıyla ümitsizliğin arttığı ve kayıp duygularının yaşandığı bildirilmiştir.<sup>[12]</sup> İnfertilite nedeniyle yaşanan kayıp ve yas duyguları somut olmayan, görünmez kayıplar nedeniyle yaşanmaktadır. Genellikle, hayallerin, genetik devamlılığın, annelik duygusunun, başarılı hamilelik ve çocuk doğurma deneyiminin, ilişkilerin ve ebeveyn olma deneyiminin<sup>[39]</sup> kaybı görünmez kayıplar arasında sayılabilir. Benzer şekilde infertil kadınlarla kontrol grubu kullanılarak yapılmış başka bir çalışmada korunmasızlık yılları arttıkça, psikiyatrik belirtilere yol açabilecek anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir.<sup>[40]</sup> Alan yazındaki bilgiler ve bizim çalışma sonuçlarımız değerlendirildiğinde, evlilik ve korunmasızlık yılının artıyor olmasına rağmen gebe kalınmaması, geleceğe yönelik olumlu beklentilerin azalması, anne olma umudunun tükenmesi, toplumsal baskı ile daha fazla karşılaşılması, tedavilere bağlı ekonomik tükenme, kayıp ve yas duygularının yaşanması, depresyon puanlarının yükselmesine neden olan etkenler arasında sayılabilir.

## Sonuç

Araştırmaya katılan kadınlardan eğitim düzeyleri düşük olanlar, çalışmayanlar ve korunmasızlık yılları fazla olanların ruhsal sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre infertilite tedavisi alan kadınlardan eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan ve korunmasızlık yılları fazla olanların tüp bebek tedavisinin başarısı yönünden risk grubu olarak ele alınması ve bu kişilere tedavinin başından itibaren ruhsal destek ve danışmanlık verilmesi önerilir. İnfertilite alanında çalışan sağlık personelinin yanısıra özellikle hemşireler, tedavinin başarısını artırmak için psikososyal danışmanlık becerilerini geliştirmeli ve danışmanlık becerileri bu alanda verilen rutin

sağlık hizmetlerine entegre edilerek aktif bir biçimde kullanılmalıdır. Ayrıca farklı alanlarda çalışmak isteyen psikiyatri hemşireleri için de infertilite alanı ilgi çekici görünmektedir.

**Yazarın Yorumu:** İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek çıkmış olması dikkat çekici bir bulgu olmakla birlikte bunun nedenlerinin belirlenebilmesi için daha fazla sayıda örneklem gruplarıyla karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Gelecekte infertilite tedavisinin psikolojik etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda kadınların korunmasızlık yılları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumları gibi sosyodemografik özellikler bakımından homojen grupların hedeflendiği kontrol gruplu çalışmaların yapılması önerilir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – S.K., C.T., G.B.; Dizayn – C.T., S.K.; Denetim – C.T., S.K.; Finansman – G.B., C.T.; Materyal – G.B., C.T.; Veri toplama veya işleme – C.T., S.K.; Analiz ve yorumlama – C.T., S.K.; Literatür arama – C.T., S.K.; Yazan – C.T., S.K.; Kritik revizyon – S.K., C.T., G.B.

## Kaynaklar

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril* 2013;99:63.
2. World Health Organization. Sexual and reproductive health: Infertility is a global public health issue. Available from <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Available from [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf).
4. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 2002;17:2986–94.
5. Karaca A, Unsal G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2015;9:243–50.
6. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997;45:1679–704.
7. Zivaridelavar M, Kazemi A, Kheirabadi GR. The effect of assisted reproduction treatment on mental health in fertile women. *J Educ Health Promot* 2016;5:9.
8. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 2001;16:1420–3.
9. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:11–20.
10. Luk BH, Loke AY. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther* 2015;41:610–25.
11. Aldemir S, Eser A, Ozturk Turhan N, Dalbudak E, Topcu M. Relation of anxiety and depressive symptoms with perceived

- social support according to gender within infertile couples  
Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2015;28:328–36.
12. Keskin G, Babacan Gümüş A. Infertility: An Examination Hopelessness Perspective. *J Psychiatric Nurs* 2014;5:9–16.
  13. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5:162–78.
  14. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:166–76.
  15. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:293–308.
  16. Leridon H. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod* 2004;19:1548–53.
  17. Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:140–8.
  18. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861–5.
  19. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1993;139–42.
  20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–7.
  21. Şahin NH. Reliability and validity of Beck Depression Inventory for Turkish University Student. *Psychology Journal* 1989;7:13.
  22. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998;12:163–72.
  23. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988;6:118–26.
  24. Ceyhun B, Akça F. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*; 1994. p. 20–6.
  25. Harlow CR, Fahy UM, Talbot WM, Wardle PG, Hull MG. Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1996;11:274–9.
  26. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Hum Reprod* 2005;20:1044–52.
  27. Thiering P, Beaupaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *J Psychosom Res* 1993;37:481–91.
  28. Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F. Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009;27:238–57.
  29. Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S. A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health* 2014;14:42.
  30. Meyers M, Diamond R, Kezur D, Scharf C, Weinschel M, Rait DS. An infertility primer for family therapists: I. Medical, social, and psychological dimensions. *Fam Process* 1995;34:219–29.
  31. Demyttenaere K, Bonte L, Gheldof M, Vervaeke M, Meuleman C, Vanderschuerem D, et al. Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1998;69:1026–33.
  32. Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ramezanzadeh F, Abhari AA. Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry*. 2005;5:25.
  33. Wischmann TH. Psychogenic infertility--myths and facts. *J Assist Reprod Genet* 2003;20:485–94.
  34. Aliyeh G, Laya F. Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Med Sci Monit* 2007;13:CR313–7.
  35. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363–85.
  36. Teskereci G, Oncel S. Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *J Sex Marital Ther* 2013;39:476–92.
  37. Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Doğan Bulut S, Yüksel FV, Atan A, et al. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Türk J Med Sci* 2010;40:229–37.
  38. Durgun Ozan Y, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16:3.
  39. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *J Psychiatric Nurs* 2012;3:2:80–8.
  40. Guz H, Ozkan A, Sarısoy G, Yanık F. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003;24:267–71.