T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ TEDAVİ SÜRECİNDE OLAN KADINLARIN FERTİLİTE PROBLEMLERİNE İLİŞKİN PSİKOLOJİK REAKSİYONLARI VE UYUMU İLE DOĞURGANLIK HAYAT KALİTESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra YILMAZ

Referans no: 10185732

EDİRNE – 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ TEDAVİ SÜRECİNDE OLAN KADINLARIN FERTİLİTE PROBLEMLERİNE İLİŞKİN PSİKOLOJİK REAKSİYONLARI VE UYUMU İLE DOĞURGANLIK HAYAT KALİTESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra YILMAZ

Tez No:

EDİRNE – 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Esra YILMAZ tarafından tez başlığı "Yardımcı Üreme Teknikleri Tedavi Sürecinde Olan Kadınların Fertilite Problemlerine İlişkin Psikolojik Reaksiyonları Ve Uyumu İle Doğurganlık Hayat Kalitesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **26/08/2019** tarihinde **11:00** saatinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT
JÜRİ BAŞKANI (Danışman)

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA
ÜYE

İmza
Dr.Öğr.Üyesi Seda KURT
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü v.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım saygı değer tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e, veri toplama sürecinde beni destekleyen değerli doktorlara, meslektaşlarıma ve çalışmaya katılma nezaketi gösteren infertilite tedavi sürecindeki kadınlara ve eşlerine, her zaman yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

İNFERTİLİTE TANIMI 3

İNFERTİLİTE NEDENLERİ 4

İNFERTİL ÇİFTİN DEĞERLENDİRİLMESİ 7

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ 8

İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK VE SOSYOKÜLTÜREL ETKİLERİ 10

İNFERTİLİTEDE HAYAT KALİTESİ 10

İNFERTİLİTE TEDAVİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI 11

GEREÇ VE YÖNTEM 13

BULGULAR 18

TARTIŞMA 32

SONUÇLAR 39

ÖZET 42

SUMMARY 444

KAYNAKLAR 46

ŞEKİLLER LİSTESİ 54

EKLER 56

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESHRE: Europen Society Human Reproduction and Embryology (Avrupa İnsan Üreme Ve Embriyoloji Topluluğu)

ET: Embriyo Transferi

FertiQol: The Fertility Quality of Life (Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)

FUÖ: Fertilite Uyum Ölçeği

HCG: HumanChorionicHormon

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

ICSI: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

IUI: İntrauterin İnseminasyon

IVF: İn-Vitrofertilizasyon

LH: Luteinleştirici Hormon

Oİ: Ovülasyon İndüksiyonu

TNSA: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları

TSH: Troid Stimüle Edici Hormon

USG: Ultrasonografi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite kavramı, çocuk sahibi olmayı arzu eden kişilerin minimum bir sene süre ile herhangi bir kontrasepsiyon metodu kullanmaksızın, düzenli cinsel ilişkiye girmelerine karşın (bir hafta içerisinde minimum üç defa) gebelik olmaması veya gebeliği devam ettirememe durumu şeklinde tanımlanmaktadır (1). Üreme dönemindeki çiftlerin %10 ile%15'nin infertilite problemi yaşadığı ve dünya üzerinde hemen hemen seksen milyondan fazla bireyin infertilite problemi ile karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (2). Türkiye içerisinde 15-49 yaş arasında çocuk sahibi olamamış ve çocuk sahibi olma durumunun olası olmadığı evli kadınların oranının %11,2 olduğu belirlenmiştir (3). İnfertilite sebebinin yaklaşık %40'ının kadınlardan, yine %40'ının erkeklerden kaynaklandığı bilinmektedir. Kalan %20'lik oranın da kombine sebeplerden kaynaklı olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (2). İnfertilite tanısının koyulma ve tedavi edilme süreci, çiftleri maddi, fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen uzun ve kolay olmayan bir süreçtir. İnfertilite sürecinde kişiler endişe, yoğun duygusallık ve stres oluşumlarını yaşamaktadırlar (4). Bunlara ek olarak kadınların annelik ve erkeklerin üretkenlikle bağdaştırıldığı sosyal toplum yapılarında fertilite kişinin cinsel statüsünün göstergesi olarak düşünülmektedir (5). Bu tip toplumlarda infertilite durumuyla karşı karşıya kalan kadının dışlanması ve erkeklerin erkekliklerinin sorgulanması bireylerin psikolojileri üzerinde olumsuz etkiler yarattığından hayat kaliteleri üzerinde de negatif etkiler yaratarak; anksiyete, depresyon, evliliklerin bozulması, cinsel talebin azalması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (5,6).

Yapılan pek çok araştırmada infertilite probleminin, kişilerin ruh sağlıklarını etkileyen, duygusal yönden stres yaşamalarına neden olan, çoğunlukla tanı ve tedavi sürecinde ruh sağlığını etkileyen bir problem olduğu belirtilmiştir (4). İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde

çiftlerin her ikisi de etkilenmelerine karşın, kadın bedenine yönelik müdahalelerden kaynaklı kadınlar, erkeklere kıyasla daha çok stres altında kalmakta, suçluluk yaşamakta ve bu duruma ilişkin sorumluluk hissetmektedir (7). İnfertilite tedavisi gören çiftlerle gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların erkeklere göre infertilite sebebiyle daha fazla depresyona girdikleri, kaygı durumuyla karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Buna ek olarak kadınların erkeklere oranla kişisel saygılarının söz konusu durumla karşılaştıklarında azaldığı görülmüştür (8). Bir başka çalışmada, infertilite problemi yaşayan kadınların %70'inin çeşitli düzeyde kaygı yaşadıkları ve %58'inin orta/şiddetli kaygı durumu yaşadığını bildirilmiştir(9).

İnfertil çiftlerin, tedavi sürecinde sosyal yardım almaları kişilerin psikolojileri ve tedavinin başarısız olmaması için büyük önem teşkil etmektedir. Yeterli sosyal yardımın alınması infertilite problemi yaşayan kişilerin tedaviye uyum sağlamalarını kolaylaştırmakta ve karşı karşıya kaldıkları psikolojik oluşumların en aza indirilmesini sağlayabilmektedir (2). Kadın ve erkek için alınan sosyal yardım seviyesinde azalmanın kaygı ve depresyon oluşumlarının artmasına sebep olduğu belirtilmiştir (10). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kadınların % 81,9'unun kendi aileleri, % 65,2'sinin yakın çevresi ve % 52'sinin eşinin ailesi tarafından söz konusu süreçte destek gördüğü belirlenmiştir (11). Minimum bir defa infertilite tedavisi almış olan 80 çift ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların % 75'nin erkeklerin ise % 43,8'nin psikolojik yardım almalarının uygulamalar sırasındaki performanslarını arttıracağını düşündüğü tespit edilmiştir (12). İnfertilite probleminin ve tedavi sürecinin beraberinde getirdiği stres oluşumunun düşük eş desteğinden kaynaklandığı belirtilmiştir (13). İnfertilite tedavi sürecinin tamamında çiftlerin stres oranlarının ve karşılaştıkları sorunların tespit edilip çözüm önerilerinin sunulması, bireylerin tedavi süreçlerini daha sağlıklı şekilde tamamlamalarına tedaviden yarar sağlamalarına neden olacaktır (7).

Hemşireler, infertil bireylerin gereksinimlerindeki farklılıkları belirleyecek, sosyal yardım ve bilgi desteği sağlayacak sağlık profesyonelleridir (14). İnfertilite tedavi ve bakım sürecinde hemşirelerin; infertil çiftleri bilgilendirme, emosyonel destek sağlama, tıbbi bakımı sağlama, hasta hakları konusunda bilgilendirme yapma, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) yöntemine ilişkin bilgi verme, koordine etme ve güncel gelişmeleri takip ederek görevlerini yapma sorumlulukları bulunmaktadır (2). Bu çalışmada, YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İNFERTİLİTE TANIMI

İnfertilitenin Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre klinik, demografik ve epidemiyolojik tanımları bulunmaktadır. Klinik tanıma göre infertilite "Üreme sisteminin 12 ay veya daha fazla süreyle düzenli korunmasız ilişki sonucu klinik gebelik oluşmaması ile tanımlanan hastalığıdır." Demografik tanıma göre infertilite, "Üreme çağındaki (15-49 yaş arası) bireylerin, gebelikten sonraki beş yıl içerisinde, gebe kalmaktaki veya gebeliği devam ettirmekteki becerilerinin olmamasıdır." Epidemiyolojik tanıma göre ise infertilite, "15-49 yaş arasında olan ve gebe olmamak, cinsel olarak aktif olmak, korunma kullanmamak ve süt vermiyor olmak şartlarını taşıyan kadınların iki yıl veya daha fazla süre ile gebe kalmayı denedikleri halde gebe kalamamalarıdır" (1).

Çocuk sahibi olma evliliğin beraberinde getirdiği, talep edilen ve beklenen bir sonucudur. Tüm dünya ülkelerinde görüldüğü gibi Türkiye'de de evlilik, çocuk sahip olma isteğini beraberinde getirmektedir. Çocuk sahibi olmak, psikolojik ve biyolojik bir gereksinim olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple evli bireylerin geneli çocuk sahibi olmayı istemektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde gerçekleştirilen ulusal bir incelemede kadınların yalnızca %2,8'i ve erkeklerin %3,5'i çocuk sahibi olmayı istediğini belirtmiştir (15). Sosyal ve geleneksel kurum şeklinde değerlendirilen aile, nesil devamının sağlanmasında ve toplum taleplerine göre şekillenmiş kişilerin yetiştirilmesinde önem teşkil eden bir role sahiptir. Kadının doğurganlık rolü toplumsal yapı içerisinde önemli görülmektedir (16,17).

İnfertilitenin iki şekli vardı. Bunlardan ilki Primer İnfertilite, ikincisi ise Sekonder İnfertilitedir. Primer infertilite; daha önce hiç gebelik olmaması durumudur. Sekonder infertilite, canlı doğum gerçekleşsin veya gerçekleşmesin en az bir gebelik söz konusu olduysa kullanılan kavramlardır (18-22). Bir siklusta doğum gerçekleştirebilme olasılığına 'Fekundite'; bir menstrüel siklusta gebe kalabilme oranına 'Fekundabilite' adı verilmektedir. Genç ve sağlıklı bireylerde her bir ovulatuar siklus başına gebe kalabilme olasılığı, diğer bir ifadeyle fekundabilite yüzde %20-%25 iken, kadın yaş aldıkça fekundabilite oranı düşmektedir. İlk senenin sonunda çiftlerin %85'i ve %90'ında gebelik oluşur. Diğer bir ifadeyle infertilite, üreme çağında olan bireylerin %10-%15'inde görülür. Buna karşın otuzlu yaşların sonlarında olan kadınlarda infertilite görülme olasılığı %25'e ulaşırken kırk yaşından sonra doğurganlık oranının azalması hızlı bir şekilde görülür (23-26).

İnfertilite sorunu, özellikle kadın bireyler için, psikolojik yönden etkili, duygusal yönden stres yaratıcı, iktisadi yönden pahalı ve çoğunlukla tanı ve tedavi hedefli gerçekleştirilen uygulamalar sebebiyle de fiziksel yönden acı verici bir problemdir. Kişilerin arkadaş, aile ve çevre etkileşimleri, sosyal ve cinsel hayatı ile hayat kalitesi üzerinde rol oynayan bir durumdur (18,20,23,27,28).

İNFERTİLİTE NEDENLERİ

Fertilizasyon ve takibinde gebeliğin gerçekleşmesi için bazı etmenlerin birlikte ve kusursuz bir biçimde hareket etmesi gerekmektedir. Bu etmenleri erkek ve kadın için ayrı ayrı incelemek gerekir. Erkekte; sperm üretimi,hareketlilik ve hipotalamus-hipofizer-testiküler aksis koşullarının bir anomali taşımaması gerekmektedir. Kadında fallop tüpleri fonksiyonları,endometrial ve servikal şartlar, hipotalamushipofizer-overian koşullarının bir anomali taşımaması gerekmektedir (23-25,32,33).

Kadına Ait İnfertilite Nedenleri

Kadınlarda infertilite nedenlerini; tuba-peritoneal faktörler, ovulatuar bozukluklar, servikal ve uterin faktörler olarak dört ana başlık halinde sıralayabiliriz (6,34).

Tuba-peritoneal faktörler: Fallop tüpleri; oosit ve sperm arasındaki bağlantının oluşmasını sağlayan, döllenmenin gerçekleşebilmesi için olmazsa olmaz bir yapıdır. Ameliyat

sonucu ortaya çıkan veya pelvik yaralanmalardan kaynaklı oluşan travma, genital sistem enfeksiyonları, tüberküloz, endometriozis ve cinsel yol ile bulaşan hastalıkları, obstrüksiyon ve tubaladezyon yaratarak; spermin yumurtalığa ulaşmasını engeller ve ovumun tubal yol ile uterusa transportunda engel yaratarak kişinin infertilite problemi yaşamasına sebep olur (35,36).

Ovulatuar bozukluklar: Ovulasyon normal üreme işlevinin bir belirtisidir. Ovulasyon konusunda ortaya çıkan bazı bozukluklar kadınların infertilite problemlerinin %15-%20'sinin meydana getirir. Ovulasyonda görülen bozukluklar, iki şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Bunlar hamile kalmaya engel olan ağır nedenler ve yine ovulasyona engel olsa da diğerine oranla daha hafif nedenlerdir. İnfertilite problemi yaşayan kadınların değerlendirilmesinde adımlardan ilki ovulasyonun varlığının tespit edilmesidir (37-39).

Servikal faktörler: Servikal faktörler üreme süreci içerisinde bulunan pek çok aşamada aktif rol oynamaktadır. Servikal mukus, ejekülattan spermleri yakalayarak diğer seminal proteinleri ayırır, anormal morfolojili spermleri filtreler, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Bu sebeple infertilite incelemelerinde servikal mukus ve sperm bağlantısının incelenmesi oldukça önemlidir. Servikal mukusta oluşan immünolojik sorunlar ve enfeksiyonlar, spermin hareketliliğini ve niteliğini negatif yönlü olarak etkiler. Bu da infertilite probleminin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (37,39).

Uterin faktörler: İnfertilite sorununda, uterusa dair etmenler hala net bir biçimde açıklanamamıştır. Uterin bozukluklar, submukoz fibroidlere ve endometrial yaralanmalara karşın gebelik olabileceği ve düşük olmayacağı bilinmektedir. Buna karşın infertilitenin önem teşkil eden etmenlerinden biri olan implantasyonda başarısız olma genellikle uterin patolojiler, myomlar, intrauterin adezyonlar, endometritler, endometrial polipler, müller kanal anomalileridir (36).

Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri

Erkeklerde infertiliteye sebep olan etmenler; sperm üretim bozuklukları, sperm işlev bozuklukları ve duktal sistemdeki bozukluklar olarak üç ana madde de değerlendirilmektedir. (6,36,39,40).

Sperm üretim bozuklukları: Normal semen volümü 2-6 mililitre (ml) kadardır. Söz konusu miktarda yirmi milyondan az spermin var olması yeterli olmayan sperm üretimini ifade etmektedir. Sperm üretimi konusundaki bozukluklar primer testiküler yetersizlik sebebiyle meydana gelebilmektedir. Söz konusu genetik sebepler arasında; gonadotoksin, kliniferter sendromu, enfeksiyon ve testislerde anatomik bozukluklar sayılmaktadır (41).

Sperm işlev bozuklukları: Sperm hareketliliği konusu, spermin yaşayabilmesi ve taşınabilmesi bağlamında önemlidir. Semen içerisinde bulunan spermlerin %60'ından azında hareket problemi bulunuyorsa bu durum, spermlerin işlevlerinde sorun olduğu anlamına gelmektedir. Sperm işlev bozuklukları, varikosel, sperm yapışma anormallikleri, antisperm antikorlar, genital organların inflamasyonu ve penetrasyonla ilişkili olabilmektedir (35,38, 41).

Duktal sistemdeki bozukluklar: Duktal sistem içerisindeki bozukluklar, spermin canlı kalması ve taşınabilmesi konularında görülen sorunlardır. Duktal sistem içerisindeki konjenital veya kazanılmış epididimis, obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vazdeferans yokluğundan ve ejekulatuar duktus obstrüksiyonundan kaynaklanmaktadır (38,42).

İnfertilite Ortak Nedenleri

Kadın ve erkeğe ait, infertilitenin görülmesine neden olan ortak faktörler; immünolojik reaksiyonlar, beslenme bozuklukları, sistematik rahatsızlıklar, tiroid, böbrek, akciğer bozuklukları, gonadotoksinler, radyoterapi, kemoterapi, psikoseksüel sebepler, seyrek ya da çok sık cinsel ilişkiye girme, uygunsuz cinsel teknik, çiftler arasındaki uyumsuzluk, libido azlığı, utangaçlık, korkular, ilaçlar, enfeksiyonlar, meslekle ve çevreyle bağlantılı oluşumlar, sigara, alkol ve madde kullanımıdır (21,27,28,43-46).

Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Ortaya çıkış sebepleri açıklanamayan infertilite, bir sene korunmadan ilişkiye girmenin ardından gebe kalamayan bireylerde gerçekleştirilen temel analizde, ovulasyon testleri, tuba ve kavitede patoloji olmadığını simgeleyen histerosalfingografi ve sperm analizi gibi herhangi bir anomaliye rastlanmaması durumu şeklinde ifade edilmektedir. Bütün temel infertilite analizlerinin neticesinde, infertilite sorunu yaşayan çiftlerin hemen hemen %15'inde infertiletinin ortaya çıkış sebepleri belirtilememektedir (47). Açıklanamayan infertilitenin olası

sebepleri arasında; hafif tubal bozukluklar, kadının yaşının ilerlemiş olması, immünolojik sebepler, endometriyozis yer almaktadır. Etyoloji de ortaya çıkan belirsizlik durumu sözü edilen grupta yer alanlar için en etkili tedavi metodunun hangisi olduğu bağlamında tartışma yaratabilmektedir (48).

İNFERTİLİTE PREVELANSI

İnfertilite, üreme yeteneği kazanmış olan kadınların hemen hemen %8-%10'unu ilgilendiren, bireysel ve aile temelli problemlere sebep olan, sahalar arasında farklılık gösteren ve görülme sıklığında da farklılık olan bir problemdir. Datta ve ark. çalışmasında, infertilite prevalansını erkeklerde %10,1, kadınlarda %12,5 olarak belirlemiştir (49). Her toplumda prevelansın değiştiği bilinmektedir. Toplumların sosyo-kültürel yapılarına göre infertilitenin görülmesi konusunda da farklılıklar olabilmektedir (50). Genel bir araştırma infertilitenin Türkiye'deki evli çiftlerin %10-20'sinde görüldüğünü belirtmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri ise; çocuğu olmayan ve olması imkansız olan evli kadınların oranını 2013'de %11,2 olarak bildirmiştir (48).Kişilerin infertilite problemiyle karşılaşma sıklıkları, ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmek ile beraber, gelişmiş olan ülkeler de bireylerin hemen hemen %8-%10'unda, gelişmekte olan ülkelerde ise kişilerin %15-%20'sinde görülmektedir (34).

İNFERTİL ÇİFTİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fertilitenin korunması için gereken şartlar şunlardır: Kadın için en ideal vücut kitle indeksi (VKİ) 18.5-25 kg/m² olmalı, infertil çiftin her ikisi de sigara içmemelidir. Düzenli cinsel ilişkisi olmayan çiftlerde idrarda LH takibi için ovulasyon kitleri kullanılabilir. Servikal mukus kıvamının yumuşadığı ve miktarının arttığı dönemde cinsel ilişki yaşanması fertilite şansını artırır. Ağır egzersiz yapmak kadın fertilitesini kötü etkiler. Fertil dönem kadında ovulasyon öncesi 5 gün ve ovulasyon gününü kapsar. Kadında 20'li ve erken 30'lu yaşlarda fertilite en yüksek düzeydedir. Fertilite isteği olan çiftler çevresel toksik ajanlardan uzak durmalıdır (53).

Kadın infertilitesinin değerlendirilmesinde; ayrıntılı anamnez, sistemik ve jinekolojik muayene, menstruasyon, cinsel ilişki, gebelik öyküsü, gebelik öncesi danışmanlık ve genel kadın sağlığı tarama testleri (TSH, rubella, hepatit B, C, HIV, smear) kullanılmaktadır.

Erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde; ayrıntılı anamnez, sistemik ve ürolojik muayene, cinsel ilişki, cinsel disfonksiyon öyküsü, genel tarama testleri (Hepatit B, C, HIV) kullanılmaktadır.

İnfertil çiftin ortak değerlendirilmesinde; <35 yaş ise 1 yıl düzenli korunmasız cinsel ilişkisi olan, >35 yaş ise 6 ay düzenli korunmasız cinsel ilişkisi olan çiftlerin bilinen ya da şüphelenilen tuba-peritoneal faktörler, erkek faktörü, kemoterapi-radyoterapi öyküsü, kötü over rezervi gibi durumları varsa kısa sürede çiftin beraber değerlendirilmesi gereklidir (53).

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ

İnfertilite problemi yaşayan çiftlerin tedavisi sırasında şu esaslara dikkat edilmesi gerekmektedir. Öncelikle infertilitenin faktörü veya faktörlerinin tanısı konulmalıdır. İnfertilite unsuruna ilişkin uygun tedavi sistemlerinin seçilmesi gerekmektedir. Uygun metodun sonucunu görebilmek için belli bir zamanın geçmesi beklenmelidir. Tedavi esnasında uyumlu ve güvenilir bir biçimde laboratuvar, doktor ve hasta işbirliği sağlanmalıdır. Tedavinin hiçbir zaman bütünüyle bir çözüme ulaştıramayabileceği ancak fertilite ihtimalini yükseltmesi hedeflediği çiftlere söylenmelidir. Tedavi seçimi durumunda partnerlerin yaş unsurları ve tedaviyi uygulayabilme becerileri dikkate alınmalıdır. Tedavi süresince gerekli olmayan laboratuvar ve ilaç harcamalarından kaçınılmalıdır (55).

Tedavi gören çiftlerin %80-%90'ının infertiliteye sebep olan problemleri ortadan kaldırılarak kişilere çocuk sahibi olma olanağı sunulmaktadır. Kalan %10-15'lik kesimse YÜT'den faydalanmalıdır (56).

Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

YÜT, doğal yollardan çocuk sahibi olmayan kişilerin, çocuk sahibi olabilmeleri için gerçekleştirilen bütün uygulamaları içeren sistemler topluluğu şeklinde tanımlanabilmektedir (56). En sık kullanılan YÜT yöntemleri şunlardır;

İntrauterin İnseminasyon (IUI): İntrauterin İnseminasyon (IUI), diğer yardımcı üreme metotlarına kıyasla daha az maliyetli, kolay uygulanabilen ve daha az invaziv olması sebebiyle çoğunlukla tercih edilen tedavi metotlarından biridir (56). Laboratuvar şartlarında

alınarak gerekli işlemlerden geçirilen semenden elde edilmiş spermlerin bir katater aracılığıyla uterus içerisine verilmesi durumu 'İntrauterin İnseminasyon (IUI)-Aşılama' şeklinde isimlendirilmektedir (57). IUI gebelik şansında %5 ila %20 arasında bir artış sağlamaktadır (60).

İn-Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET): IVF, günümüz YÜT'leri içerisinde en çok kullanılan metottur. Halk diliyle; 'Tüp Bebek' şeklinde isimlendirilen in-vitro fertilizasyon (IVF), ovulasyon indüksiyonunu takiben spermlerin ve oositlerin laboratuvar ortamında bir tüpte bir araya getirilerek, fertilizasyonun doğal olarak gerçekleşmesinin sağlanmasıdır. Fertilizasyonun ardından embriyoların uterusa transservikal olarak konumlandırılması uygulamasına Embriyo Transferi (ET) denmektedir (56).

İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): ICSI, ejekülattan ya da cerrahi yol ile testisten alınan spermlerin yıkanarak uygun spermin seçilmesinin ardından, oositin 'Zona Pellusidia' tabakasına bir delik açılarak seçilen spermin oosite yerleştirilmesi işlemidir (56).

Ovulasyon İndüksiyonu (Oİ): Ovulasyon İndüksiyonu (Oİ), anovulasyon tedavisinin ilk aşamasıdır. İnfertilite sebepleri arasında %30-%40 seviyesinde açığa çıkan ovulatuar disfonksiyonun tedavisi esnasında kullanılır. İnfertil kadınlarda Oİ ile anomali olmayan populasyon seviyelerine yakın bir ovulasyon seviyesi elde edilmektedir. Oİ'de hedef 16-18 milimetre (mm) folikül elde etmektedir (58).

Oİ'de en çok tercih edilen ajan Klomifen Sitrat'tır. Menstruel döngünün 3. ve 5. günlerinde tedaviye başlanmaktadır. Tedavi sürecinde ultrasonografi (USG) ile gözlem yapılır. Folikül yeterli büyüklüğe eriştiğinde Human Chorionic Gonadotropin (HCG) enjeksiyonuyla ovulasyon sağlanıp çiftlere koitus ya da YÜT planlaması yapılır (58).

İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK VE SOSYOKÜLTÜREL ETKİLERİ

İnfertilite, partnerlerin sosyal hayatlarını, evliliklerini, duygusal durumlarını, ileriye dönük planlarını, cinsel hayatlarını, bireysel saygılarını ve beden imgelerini negatif yönlü olarak etkileyen bir problemdir (59-60). İnfertilitenin beden sağlığından çok toplumsal ve psikolojik iyilik haline negatif etkileri bulunmaktadır. İnfertil problemleri olan bireyler söz konusu durumu bir engellilik durumu olarak görmektedir. Yaşadıkları yeterli olmama hissinden kaynaklı, süreç içerisinde çevrelerinden izole olmaktadırlar (60). İnfertil partnerlere sunulacak sağlık hizmetlerinde, psiko-sosyal ve psiko-cinsel durumlarının belirlenmesi ve gereken uygulamaların yapılması bütüncül sağlık hizmetinin sağlanmasında oldukça önemlidir (61). İnfertilitenin psikolojik etkileri; stres, anksiyete, depresyon, ekonomik sıkıntılar, suçluluk duygusu, korku, sosyal statünün azalması, çaresizlik hissi, sosyal damgalanma ve şiddettir (6).

Çocuk sahibi olamayan çiftlerin yaşamlarını sürdürdükleri toplumun da rolü ile psikolojik baskı altında kalmaları muhtemeldir (62). Üreme bağlamında karşı karşıya kalınan yetersizlik durumu utanılacak bir oluşum olarak görülmektedir (60,61). İnfertilite bunlara ek olarak aile üyelerinin tümünü kapsayan bir problemdir. Ailelerin infertilite oluşumu için düşündükleri; destekleyici düşünceler olabildiği gibi zarar verici düşünceler de olabilmektedir. Pek çok Afrika ülkesinde infertilite durumu söz konusu olduğunda genellikle kadınlar suçlanmaktadırlar. Çocuk sahibi olmayan aileler de erkeklere başka bir evlilik yapmaları konusunda baskı yapmaktadırlar (52). Çin'de 192 infertil birey üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada; kadınların %37'si, erkeklerinde %20'sinin; infertilite durumunun kadın için utanç verici bir durum olduğu ifade ettikleri görülmüştür. Partnerlerin %50'sinden çoğu 'cinsel ilişki sırasında baskı yaşadıkları', %60'ından fazlası da 'benliklerini baskı altında hissettiklerini' belirttikleri belirlenmiştir (52,54). İnfertilite kadının aile içinde şiddet durumu ile karşı karşıya kalmasına da neden olabilmektedir (59).

İNFERTİLİTEDE HAYAT KALİTESİ

İnfertilite bireylerin arkadaş, sosyal yaşam ve aile ilişkileri, cinsel hayatları ve yaşam kaliteleri üzerinde rol oynayabilen, psikolojik bir durumdur (34,63). Cinsiyet rolünü araştıran çalışmalarda kadınların erkeklere oranla yaşam kalitelerini daha düşük olduğu, erkeklerin ise kadınlara oranla anlamlı şekilde daha az stres yaşadığı, özgüvenlerinin daha yüksek olduğu, cinsel tatmin seviyelerinin ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (64).

İnfertil bireylerde görülen depresyon ve duygusal kaygı düzeyi, özellikle algılanan refah düzeyi hasta temelli bakımın gerçekleştirilmesi ve bireyin yaşam kalitesini artırılması açısından önem teşkil etmektedir (65).

Yapılan bir incelemede infertil bireylerin çocuk sahibi olan bireylere göre yaşamı ilginç bulmadıkları, kendilerini yalnız hissettikleri ve hayatlarından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Söz konusu bireylerde ilaç ve alkol kullanımı, yemek yeme bozuklukları gibi oluşumlar görülmektedir (15). Bireyler hayal kırıklığı, umutsuzluk, haksızlık ile karşı karşıya kaldıklarını düşünme, denetimlerini kaybettikleri hissine kapılma gibi duygu durumu karışıklıklarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Benliklerine, eşlerine, tedavi grubuna ve çocuk sahibi kişilere karşı öfkeli olabilirler. İnfertilite sorunu yaşayan kadın; suçluluk, yetersizlik, utanç, anormallik, kusur, değersizlik gibi duyguları hissedebilmektedir (66). İnfertilite problemi yaşayan kişiler doğurganlık konusundaki yetersizlikleri nedeniyle özgüven eksikliği yaşamalarının yanı sıra eş ve ebeveyn olamama konusunda da yetersiz olma hissi yaşamaktadır. Kadınlık ve erkekliğin kaybı; çekici yönlerin kaybedildiği veya azaldığına ilişkin düşüncelerin ortaya çıkmasına da sebep olmaktadır (20,27,28,43,67-69). Bu nedenle infertilite sorunu yalnızca basit bir jinekolojik problem değil, özellikle kadınları psikolojik, sosyal ve biyolojik yönden negatif olarak etkileyen, hayat ve sağlık kalitesini düşüren bir problemdir (27,28,67-70).

İNFERTİLİTE TEDAVİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

İnfertilite tedavi süreci içerisinde çiftlerin etkileşime geçecekleri birincil sağlık çalışanı hemşirelerdir. İnfertilite tedavisinin tüm adımlarında hemşirelerin rol ve sorumlulukları büyüktür (71). İnfertilite hemşirelerinin tıbbi bakım rolünün yanında, yönetici-koordinatör, araştırıcı, uygulayıcı-klinisyen, eğitimci-danışman ve hasta hakları savunucusu olma gibi rolleri de bulunmaktadır (72).

Hemşireler teorik bilgileri kullanarak partnerlerin gereksinimlerini bütüncül bir gözle tespit eder, bakımlarını planlar, uygular ve sonuçları değerlendirir (73). Çiftlerin, belli süre sonra, hayatlarının en büyük problemi haline dönüşebilen infertilite problemi nedeniyle, ortaya çıkan kaygı ve stresle başa çıkamaması, psikolojik ve sosyal yönden etkilenmeleri durumunda hemşireler infertil çiftlere danışmanlık ve eğitim hizmetini vermektedir. İnfertilite hemşireleri, tedaviye ilişkin bilgilendirme, grup üyeleri ve çiftler arasındaki bağlantıyı sağlama, tedaviye

ilişkin konularda çiftlerin karar alması konusunda destek sağlama, çiftlerin karşılaştıkları problemleri anlatmalarını sağlama, tedavilerin sonuçlarına karşın yaşama ve kendilerine dair olumlu şeyleri düşünmelerini sağlama, sosyal yaşamdan kendilerini soyutlamamalarını ve bireylerarası etkileşimlerini yapılandırmaya ve sürdürmelerine destek olma ile çiftlere emosyonel destek sağlama konularında etkilidir (74,75).

Özellikle infertil kadınların tedavi süreci başında yaşadıkları yüksek endişe seviyeleri gebelik şansını düşürebilmektedir. Bu nedenle üreme konusunda destek sağlayan kurumlara başvurulması sırasında problemleri olan kişilere gereken yardımın sağlanmasıyla gebelik şansının artabileceği belirtilmiştir (76). Başarıyla sonuçlanacak bir infertilite tedavisi uygulayabilmek için bireylerin infertiliteden psikolojik yönden etkilenme seviyelerinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi önemlidir (63).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, yardımcı üreme teknikleri tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesi incelenmesi amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. YÜT tedavi sürecinde olan kadınların doğurganlık hayat kaliteleri nasıldır?
2. YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu nasıldır?
3. YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesi arasında ilişki var mıdır?
4. YÜT tedavi sürecinde olan kadınların infertilite ve infertilite tedavi sürecine ilişkin özellikleri ile fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları, uyumları ve doğurganlık hayat kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Şubat 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Bahçelievler Medical Park Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'nde yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANINÖRNEKLEMİ

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (FertiQol) skorları ile Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ) skorları arasında 0.25 düzeyinde bir korelasyon öngörülerek, %5 yanılma payı ve %99 güç değeriyle toplam=244 kadının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü ve YÜT tedavi sürecinde olan kadınlar dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaş altı ve YÜT tedavi sürecinde olmayan kadınlar dahil edilmemiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri literatür incelenerek hazırlanan anket formu (Ek 1), Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) (Ek 2) ve "Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ) (Ek-3) ile toplanmıştır.

Anket Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan anket formu; infertil kadınların ve eşlerinin bireysel özelliklerini içeren 15 soru, evlilik yaşamına ilişkin özellikleri içeren 10 soru, infertilite ve infertilite tedavi sürecine ilişkin özellikleri içeren 8 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır (11,15,20,52,64).

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol)

Boivin ve ark. (2011) tarafından geliştirilen ve Türkçeye çevrilen 36 soruluk 'Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir. FertiQol, 24 maddeden oluşan "çekirdek" FertiQol, 10 maddeden oluşan FertiQol "tedavi" bölümü ve 2 maddeden oluşan "tüm hayat ve fiziksel sağlıkla" ilgili bölümü ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ölçeğin "çekirdek" FertiQol bölümü doğurganlık sorunları yaşayan kişiler için hayat kalitesini ölçmektedir. Çekirdek FertiQol bölümü "duygusal hayat kalitesi", "akıl/beden hayat kalitesi", "ilişkisel hayat kalitesi" ve "sosyal hayat kalitesi" şeklinde 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin tedavi bölümü ise isteğe bağlı tedaviyi ölçmektedir. Bu bölüm "çevresel hayat kalitesi" ve "dayanma gücü" adında 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi cevaplar içermektedir. Yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt boyuttan sağlanan puanlarla 0 ile 100 arasında puanlandırılmaktadır (68,96).

Boivin ve ark. tarafından ölçeğin toplam Cronbach's alpha katsayısı 0,90 olarak bulunurken, çekirdek bölümünün katsayısı 0,90 olarak, tedavi bölümünün katsayısı ise 0,72 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara ilişkin analizlerde "duygusal hayat kalitesi"nin Cronbach's alpha katsayısı 0,80 olarak bulunurken, "akıl-beden hayat kalitesi"nin katsayısı 0,67 olarak, "ilişkisel hayat kalitesi"nin katsayısı 0,66 olarak, "sosyal hayat kalitesi"nin katsayısı 0,67 olarak, "çevresel hayat kalitesi" katsayısı 0,72 olarak, "dayanma gücü"nün katsayısı ise 0,47 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's alpha katsayısı 0,79 olarak bulunurken, çekirdek bölümünün katsayısı 0,90 olarak, tedavi bölümünün katsayısı ise 0,71 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara ilişkin analizlerde "duygusal hayat kalitesi"nin Cronbach's alpha katsayısı 0,80 olarak bulunurken, "akıl-beden hayat kalitesi"nin katsayısı 0,66 olarak, "ilişkisel hayat kalitesi"nin katsayısı 0,65 olarak, "sosyal hayat kalitesi"nin katsayısı 0,67 olarak, "çevresel hayat kalitesi" katsayısı 0,71 olarak, "dayanma gücü"nün katsayısı ise 0,50 olarak bulunmuştur.

Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ)

FUÖ, kadınların fertilite problemlerine ve tedavi sonuçlarına psikolojik reaksiyonlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 1999 yılında Lesley Glover tarafından geliştirilen, 12 maddeden oluşan altılı likert tipi bir araçtır. Ölçekten en az 12 en fazla 72 puan alınmaktadır

(94). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Bilgiç tarafından 2016 yılında yapılmıştır (95). Ölçek maddelerinin her bir maddesi 1-6 puan arasında puanlanmaktadır. Türkçeye uyarlanan ve 10 maddeye indirgenen FUÖ'den en az 10 en fazla 60 puan alınabilmektedir. Ölçekte olumlu maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe infertiliteye uyumun zayıf olduğunu göstermektedir. Türkçe'ye uyarlamasında ölçeğin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,63 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur.

ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2018/28 sayılı etik onayı (Ek 4) alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için etik onay sonrası İstanbul ili Bahçelievler Medical Park Hastanesi Tüp Bebek Ünitesinden kurum izni onay (Ek 5) alınmıştır.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmaya gönüllü YÜT tedavi sürecinde olan kadınlara, YÜT merkezine ait özel bir görüşme odasında öncelikle çalışmanın amacı açıklandıktan sonra veri formunu nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapılarak sözel onamları alınmıştır. Katılımcılar tarafından veri formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamış olup veri formlarında kodlama sistemi kullanılmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde; değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunda Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmıştır. Yapılan analizlerde değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uyum göstermediği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu sebepten dolayı analizlerde nonparametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Walls testlerinden uygun olanları kullanılmıştır. FertiQol ve FUÖ arasındaki ilişkiyi incelemede dağılım özellikleri göz önünde bulundurularak Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama (Ort.) standart sapma (SS), sayı (n), yüzde (%) olarak gösterilmiş olup $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık

sınır değeri olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS20.00 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp) paket programı kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

YÜT tedavi sürecinde olan kadınların veri formlarını yarım bırakarak doldurmaktan vazgeçmeleri araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Araştırma, Şubat 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesini incelemek amacıyla n=244 infertil kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunulmuştur;

- İnfertil Kadınların Bireysel Özellikleri
- İnfertil Kadınların Eşlerinin Bireysel Özellikleri
- Evlilik Yaşamına İlişkin Özellikler
- İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler
- FertiQol Toplam ve Alt Boyut Puanları ile FUÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki
- İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FertiQol Ölçeği Arasındaki İlişki
- İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FUÖ Arasındaki İlişki

İNFERTİL KADINLARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 1'de araştırmaya katılan kadınların bireysel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları verilmiştir. Kadınların ortalama 33,6±6,2 yaşında olduğu ve ortalama 25,4±4,6 yaşında evlendiği bulunmuştur. Kadınların %84,8'i çekirdek ailede yaşarken, %15,2'si geniş ailede yaşamaktadır. Kadınların %63,1'i lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir ve %52,5'i çalışmaktadır. Kadınların %15,2'si gelir durumunu iyi olarak görürken, %73,8'i gelir durumunu orta düzeyde, %11,1'i de gelir durumunu kötü düzeyde görmektedir. Kadınların

%44,3'ü sigara, %11,1'i de alkol kullanmaktadır. Kadınların %82,4'ünün hayata pozitif bakış açısıyla bakmaktadır.

Tablo 1. İnfertil Kadınların Bireysel Özellikleri (n=244)

	Ort.± SS	
Yaş	33,6±6,2	
Evlilik yaşı	25,4±4,6	
	n	**%**
Aile biçimi		
Çekirdek aile	207	84,8
Geniş aile	37	15,2
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	90	36,9
Lise ve üstü	154	63,1
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	116	47,5
Çalışıyor	128	52,5
Gelir durumu		
İyi	37	15,1
Orta	180	73,8
Kötü	27	11,1
Sigara kullanma durumu		
Evet	108	44,3
Hayır	136	55,7
Alkol kullanma durumu		
Evet	27	11,1
Hayır	217	88,9
Hayata bakış açısı		
Pozitif	201	82,4
Negatif	43	17,6

Ort. = Ortalama ; SS = Standart Sapma ; n = Sayı ; % = Yüzde

İNFERTİL KADINLARIN EŞLERİNİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 2'de araştırmaya katılan infertil kadınların eşlerinin bireysel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı analiz sonuçları verilmiştir. Kadınların eşlerinin ortalama 36,5±6,6 yaşında olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %64,3'ü lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir ve %85,7'si çalışmaktadır. Kadınların eşlerinin %49,6'sı sigara, %24,6'sı da alkol kullanmaktadır. Kadınların eşlerinin %88,5'inin hayata pozitif bakış açısıyla baktığı görülmüştür.

Tablo 2. İnfertil Kadınların Eşlerinin Bireysel Özellikleri (n=244)

	Ort. ± SS	
Eşin yaşı	36,5±6,6	
	n	**%**
Eşin eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	87	35,7
Lise ve üstü	157	64,3
Eşin çalışma durumu		
Çalışmıyor	35	14,3
Çalışıyor	209	85,7
Eşin sigara kullanma		
Evet	121	49,6
Hayır	123	50,4
Eşin alkol kullanma durumu		
Evet	60	24,6
Hayır	184	75,4
Eşin hayata bakış açısı		
Pozitif	216	88,5
Negatif	28	11,5

Ort. = Ortalama ; SS = Standart Sapma ; n = Sayı ; % = Yüzde

EVLİLİK YAŞAMINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 3'de araştırmaya katılan kadınların evlilik yaşamına ilişkin özelliklerine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları verilmiştir. Kadınların %7'si görücü usulü/istemeden evlendiğini belirtirken, %43'ü görücü usulü/isteyerek evlendiğini, %50'si ise tanışarak evlendiğini belirtmiştir. Kadınların %82'si evde eşiyle birlikte yaşarken, %16'sı eşi ve eşinin ailesiyle, %2'si eşi ve kendi ailesiyle yaşamaktadır. Çocuğunun olmaması, kadınların %32,8'ini çok üzerken, %4,5'inin boşanmaktan korkmasına, %6,1'inin eşinden ve ailesinden utanmasına sebep olmuş, %17,2'sinin çok umutsuz olmasına, %16,8'ini hiçbir şekilde etkilememiş, %27,5'inin ise evliliğini hiçbir şekilde etkilememiştir. Çocuğun olmaması durumuna eşlerin %35,2'si anlayışlı bir şekilde tepki verirken, %1,2'si tehditkar bir şekilde, %2'si öfkeli bir şekilde, %18,4'ü hayal kırıklığı yaşayarak, %24,2'si tedavi arayışına girerek, %2,5'i suçlayarak, %1,6'sı küçümseyerek, %24,6'sı da destekleyici bir şekilde tepki vermiştir. Kadınların %11,9'u çocukları olmadığı için eşlerinin kendilerinden ayrılacağını düşünürken, %44,3'ü aile ve çevredeki insanlardan destek gördüğünü belirtmiştir. Kadınların %70,9'u evlilikte ailenin mutlaka çocuk sahibi olması gerektiğini düşünmektedir. Kadınların %35,7'sine göre neslin devamı için, %35,7'sine göre duygusal gereksinim için,%25,4'üne göre ailede çocuk evliliği sürdürmek için, %3,3'üne göre ise diğer sebeplerden dolayı gereklidir. Kadınların %87,7'si tedavi sürecinde psikolojik/psikiyatrik yardım aldığını, %86,9'u da eşiyle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım aldığını belirtmiştir.

Tablo 3. Evlilik Yaşamına İlişkin Özellikler (n=244)

	n	%
Evlilik şekliniz		
Görücü usulü / istemeden	17	7,0
Görücü usulü / isteyerek	105	43,0
Tanışarak	122	50,0
Evde kimlerle yaşıyorsunuz?		
Eşimle birlikte	200	82,0
Eşim ve eşimin ailesiyle	39	16,0
Eşim ve kendi ailemle birlikte	5	2,0

Tablo 3. (devam) Evlilik Yaşamına İlişkin Özellikler (n=244)

Çocuğunuzun olmaması sizi ve evliliğinizi nasıl etkiledi?*		
Çok üzülüyorum	80	32,8
Boşanmaktan korkuyorum	11	4,5
Eşimden ve ailesinden utanıyorum	15	6,1
Çok umutsuzum	42	17,2
Beni hiçbir şekilde etkilemiyor	41	16,8
Evliliğimizi hiçbir şekilde etkilemiyor	67	27,5
Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki ?*		
Anlayışlı	86	35,2
Tehditkar	3	1,2
Öfkeli	5	2,0
Hayal kırıklığı	45	18,4
Tedavi arayışında	59	24,2
Suçlama	6	2,5
Küçümseme	4	1,6
Destekleyici	60	24,6
Çocuğunuz olmadığı için eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?		
Hayır	215	88,1
Evet	29	11,9
Bu sorunun çözümünde aile ve çevredeki insanlardan destek gördünüz mü?		
Hayır	136	55,7
Evet	108	44,3
Sizce evlilikte aile mutlaka çocuk sahibi olmalı mıdır?**		
Evet	173	70,9
Hayır	70	27,7

Tablo 3. (devam) Evlilik Yaşamına İlişkin Özellikler (n=244)

Sizce ailede çocuk neden gereklidir?*		
Evliliği sürdürmek	62	25,4
Neslin devamı	87	35,7
Duygusal gereksinim	87	35,7
Diğer	8	3,3
Tedavi sürecinizde yalnız psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?		
Hayır	214	87,7
Evet	30	12,3
Eşinizle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?		
Hayır	212	86,9
Evet	32	13,1

n = Sayı ; % = Yüzde *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Seçenek işaretlemeyen katılımcılar mevcuttur.

İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 4'de araştırmaya katılan kadınların infertilite ve infertilite tedavi sürecine ilişkin özelliklerine yönelik tanımlayıcı analiz sonuçları verilmiştir. Kadınların %76,2'sinin primer infertilite, %23,8'ünün ise sekonder infertilite yaşadığı görülmüştür. Çocuk sahibi olmama sorunu %31,6 oranında kadının kendisinden kaynaklanmakta iken, %27,7 oranında kadının eşinden, %20,9 oranında hem kadın hem de eşinden kaynaklanmakta, %19,8 oranında ise nedeninin belli olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınlardaki infertilitenin %28,7'si over yetmezliğinden kaynaklanırken, %27,9'u kadının eşinin sperm sayı ve kalitesinin azlığından, %7,4'ü kadının eşinde hiç sperm olmamasından, %14,3'ü çeşitli hastalıklardan (tubal, uterin, peritoneal faktörler, duktal sorunlar vs.) kaynaklanmakta, %27,7'sinde ise nedeni belli değildir. Kadınların %22,5'inin 2 yıldan az süredir çocuğu olmazken, %39,4'ünün 3-5 yıldır, %20,1'inin 6-8 yıldır, %18'inin 9 yıldan uzun süredir çocuğu olmamaktadır. Kadınların %34,4'ü 2 yıldan az süredir infertilite tedavisi görürken, %39,4'ü 3-5 yıldır, %16,8'i 6-8 yıldır, %9,4'ü ise 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi görmektedir. İnfertilite tedavilerinin %33,2'sinde IUI sayısı 1'ken, %37,7'sinde 2, %20,5'inde 3, %2,9'unda ise 4 veya daha fazladır. İnfertilite tedavilerinin %49,6'sında ICSI sayısı 1'ken, %27,9'unda 2, %7,4'ünde 3,

%2,5'inde ise 4 veya daha fazladır. Kadınların %17,2'sinin infertilite tedavi masrafları sosyal güvence tarafından karşılanırken, %57'sinin tedavi masrafları kendileri tarafından, %19,7'sinin tedavi masrafları bir kısmı kendileri bir kısmı sosyal güvence tarafından, %6,1'inin tedavi masrafları ise aile ve yakınları tarafından karşılanmaktadır.

Tablo 4. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler (n=244)

	n	%
İnfertilite şekli		
Primer infertilite (Hiç gebelik yaşamamış)	167	76,2
Sekonder infertilite (Daha önce gebelik yaşamış)	57	23,8
Çocuk sahibi olmama sorunu kimde var olan sorundan kaynaklanıyor?		
Ben	77	31,6
Eşim	70	27,7
Her ikimiz	51	20,9
Nedeni belli değil	46	19,8
İnfertilite sebebi*		
Over yetmezliği	70	28,7
Eşimin sperm sayı ve kalitesinin azlığı	68	27,9
Eşimde hiç sperm olmaması	18	7,4
Çeşitli hastalıklar	35	14,3
Nedeni belli değil	67	27,7
Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?		
0-2 yıl	55	22,5
3-5 yıl	96	39,4
6-8 yıl	49	20,1
9 yıl ve üstü	44	18,0
Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?		
0-2 yıl	84	34,4
3-5 yıl	96	39,4
6-8 yıl	41	16,8
9 yıl ve üstü	23	9,4

Tablo 4.(devam) İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler

IUI (Aşılama) Sayısı**		
1	81	33,2
2	92	37,7
3	50	20,5
4 ve üstü	7	2,9
ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu) Sayısı**		
1	121	49,6
2	68	27,9
3	18	7,4
4 ve üstü	6	2,5
Tedavi masraflarını kim karşılıyor?		
Sosyal güvence	42	17,2
Kendimiz	139	57,0
Bir kısmını kendimiz/bir kısmını sosyal güvence	48	19,7
Aile ve yakınlarımız	15	6,1

n = Sayı ; % = Yüzde*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **Seçenek işaretlemeyen katılımcılar mevcuttur.

FERTİQOL TOPLAM ALT BOYUT PUANLARI İLE FUÖ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 5 'te FertiQol toplam ve alt boyut puanları ile FUÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. FertiQol ölçeği toplam puan ortalamasının 58,5±12,0 olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra kadınların FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünden ortalama 58,7±13,8 puan, tedavi bölümünden ise ortalama 58,1±12,2 puan aldıkları bulunmuştur. Kadınlar, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalites"i alt boyutundan ortalama 55,5±15,6 puan alırken, "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 58,0±14,6 puan, "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 62,7±18,2 puan, "sosyal hayat kalitesi" alt boyutundan ise ortalama 61,6±16,6 puan almıştır. Öte yandan kadınlar, FertiQol ölçeğinin tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesinden" ortalama 61,8±14,2 puan alırken, "dayanma gücü" alt boyutundan ortalama 51,9±15,3 puan almışlardır.

Araştırmaya katılan kadınların FUÖ'den aldıkları ortalama puan 38,3±6,1 olarak bulunmuştur.

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucunda FertiQol ile FUÖ ölçeğinin tamamı, çekirdek ve tedavi bölümleri ve bu bölümlerin alt boyutları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişiki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 5. FertiQol Toplam Alt Boyut Puanları İle FUÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	FUÖ		
	Ort.±SS	**r**	***p**
FertiQol Toplam	58,5±12,0	0,091	0,849
Çekirdek	58,7±13,8	0,081	0,919
Duygusal hayat kalitesi	55,5±15,6	0,017	0,694
Akıl-beden hayat kalitesi	58,0±14,6	0,063	0,753
İlişkisel hayat kalitesi	62,7±18,2	0,076	0,407
Sosyal hayat kalitesi	61,6±16,6	-0,008	0,870
Tedavi	58,1±12,2	0,079	0,379
Çevresel hayat kalitesi	61,8±14,2	0,124	0,145
Dayanma gücü	51,9±15,3	-0,018	0,702
Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ)	38,3±6,1	-	-

*Spearman korelasyon analizi; Ort. = Ortalama ; SS = Standart Sapma

İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER İLE FERTİQOL ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 6'da araştırmaya katılan kadınların infertilite ve infertilite tedavi sürecine ilişkin özellikleri ile FertiQol arasındaki ilişki verilmiştir. Elde edilen bulgulara bakıldığında, kadınların infertilite şekli ile "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (U=6,251, p<0,05). Buna göre primer infertilite yaşayan kadınların akıl-beden hayat kalitesinin, sekonder infertilite yaşayan kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür.

Bunun yanı sıra, çocuk sahibi olmama süresi ile FertiQol toplam puanı, çekirdek toplam puanı, "duygusal hayat kalitesi", "akıl-beden hayat kalitesi", tedavi toplam skoru ve "çevresel hayat kalitesi" arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla, X^2=13,358, 12,148, 14,501, 8,259, 8,898, 18,050; p<0,05). Bulunan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla karşılaştırma testi sonuçlarına bakılmıştır. Buna göre 9 yıldan uzun süredir çocuğu olmayan infertil kadınların FertiQol skoru, çekirdek skoru, duygusal, akıl-beden hayat kalitesi, tedavi skoru ve çevresel hayat kalitesinin, 5 yıldan az süredir çocuğu olmayan infertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

İnfertilite tedavisi görme süresi ile FertiQol toplam puanı, çekirdek toplam puanı, "duygusal hayat kalitesi", "akıl-beden hayat kalitesi", "ilişkisel hayat kalitesi", tedavi toplam skoru ve "çevresel hayat kalitesi" arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla, X^2 = 12,862, 10,247, 12,175, 8,357, 10,058, 8,891, 16,461, p<0,05). Bulunan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla karşılaştırma testi sonuçlarına bakılmıştır. Buna göre 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören infertil kadınların duygusal ve çevresel hayat kalitesinin, 5 yıldan az süredir infertilite tedavisi gören infertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören infertil kadınların FertiQol toplam puanı, çekirdek toplam puanı, tedavi toplam skoru, akıl-beden ve ilişkisel hayat kalitesinin, 2 yıldan az süredir infertilite tedavisi gören infertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çocuk sahibi olamama sorununun kaynağı ile FertiQol ölçeğinin hiçbir boyutunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Ayrıca, IUI ve ICSI sayıları ile FertiQol ölçeğinin hiçbir boyutunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Tedavi masraflarının kimin tarafından karşılandığı ile FertiQol ölçeğinin hiçbir boyutunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 6. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FertiQol Ölçeği Arasındaki İlişki

	FertiQol Toplam	**Çekirdek toplam**	Duygusal hayat kalitesi	Akıl-beden hayat kalitesi	İlişkisel hayat kalitesi	Sosyal hayat kalitesi	**Tedavi toplam**	Çevresel hayat kalitesi	Dayanma gücü
	p	p	p	p	p	p	p	p	p
İnfertilite şekli*									
Primer infertilite	0,123	0,163	0,511	**0,039**	0,307	0,732	0,447	0,410	0,294
Sekonder infertilite									
Çocuk sahibi olmama sorunu kimde var olan sorundan kaynaklanıyor?**									
Ben	0,917	0,977	0,973	0,839	0,978	0,681	0,769	0,614	0,774
Eşim									
Her ikimiz									
Nedeni belli değil									
Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?**									
0-2 yıl	**0,004**	**0,007**	**0,002**	**0,041**	0,136	0,050	**0,031**	**<0,001**	0,645
3-5 yıl									
6-8 yıl									
9 yıl ve üstü									

Tablo 6. (devam) İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FertiQol Ölçeği Arasındaki İlişki

Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?** 0-2 yıl 3-5 yıl 6-8 yıl 9 yıl ve üstü	**0,005**	**0,017**	**0,007**	**0,039**	**0,018**	0,147	**0,031**	**0,001**	0,056
IUI (Aşılama) Sayısı** 1 2 3 4 ve üstü	0,758	0,652	0,148	0,645	0,842	0,891	0,897	0,105	0,381
ICSI (İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu) Sayısı** 1 2 3 4 ve üstü	0,652	0,546	0,720	0,799	0,265	0,262	0,260	0,222	0,270
Tedavi masraflarını kim karşılıyor?** Sosyal güvence Kendimiz Bir kısmını kendimiz/bir kısmını sosyal güvence Aile ve yakınlarımız	0,57	0,206	0,517	0,173	0,195	0,278	0,061	0,069	0,058

* Mann-Whitney U testi; ** Kruskal-Wallis testi

İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER İLE FUÖ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 7'de araştırmaya katılan kadınların infertilite ve infertilite tedavi sürecine ilişkin özellikler ile FUÖ arasındaki ilişki verilmiştir. Elde edilen bulgulara bakıldığında, kadınların çocuk sahibi olamama sorununun kaynağı ile FUÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (U=12,277, p<0,05). Bulunan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla karşılaştırma testi sonuçlarına bakılmıştır. Buna göre çocuk sahibi olamama sorununun nedeni belli olmayan infertil kadınların fertilite uyumlarının, çocuk sahibi olamama sorunu kendinden dolayı var olan infertil kadınların daha yüksek olduğu bulunmuştur. FUÖ ile infertilite şekli, çocuk sahibi olmama süresi, infertilite tedavisi görme süresi, IUI sayısı, ICSI sayısı ve tedavi masraflarının kimin tarafından karşılandığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 7. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FUÖ Arasındaki İlişki

	FUÖ	
	Ort±SS	**p**
İnfertilite şekli*		
Primer infertilite	38,3±6,3	0,460
Sekonder infertilite	38,0±5,6	
Çocuk sahibi olmama sorunu kimde var olan sorundan kaynaklanıyor?**		
Ben	39,8±5,9	**0,006**
Eşim	39,0±5,4	
Her ikimiz	36,9±5,6	
Nedeni belli değil	36,1±7,0	
Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?**		
0-2 yıl	38,5±7,5	
3-5 yıl	38,5±5,9	0,265
6-8 yıl	38,9±5,7	
9 yıl ve üstü	36,8±5,0	

Tablo 7. (devam) İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FUÖ Arasındaki İlişkilere

Kaç yıldır infertiltie tedavisi görüyorsunuz?**		
0-2 yıl	37,9±6,8	
3-5 yıl	38,5±6,1	0,863
6-8 yıl	39,1±5,2	
9 yıl ve üstü	37,3±4,9	
IUI (Aşılama) Sayısı**		
1	38,7±5,8	
2	37,6±6,7	0,663
3	38,1±5,7	
4 ve üstü	38,3±6,1	
ICSI (İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu) Sayısı**		
1	39,0±6,1	
2	38,5±5,3	0,489
3	36,7±5,6	
4 ve üstü	36,5±5,8	
Tedavi masraflarını kim karşılıyor?**		
Sosyal güvence	38,8±4,6	
Kendimiz	37,8±6,6	0,852
Bir kısmını kendimiz/bir kısmını sosyal güvence	38,5±5,2	
Aile ve yakınlarımız	40,4±7,1	

* Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi

TARTIŞMA

İnfertilite tedavi süreci çiftlerin, özellikle kadınların yaşam kaliteleri, psikolojik reaksiyonları ve uyumu üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Tedavi sürecinin uzaması ve gebelik yaşanmaması durumu süreci daha da zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmada, çocuğunun olmaması durumu, kadınların %32,8'ini çok üzerken, %27,5'inin evliliğini hiçbir şekilde etkilememiş, %17,2'sinin çok umutsuz olmasına sebep olmuş, %16,8'ini hiçbir şekilde etkilememiş, %6,1'inin eşinden ve ailesinden utanmasına, %4,5'inin ise boşanmaktan korkmasına neden olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Karaca ve Ünsal çalışmasında, çocuğun olmaması durumunun kadınlara psikolojik etkilerini incelemiş ve infertil kadınlarda depresyon oranının son derece yüksek olduğunu belirlemiştir (81). Kamacı, infertil çiftler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında kadınların %31'inin üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk duyguları hissettiğini, %23'ünün ise kendini yalnız hissettiğini tespit etmiştir (80). Kavlak ve Saruhan, infertil kadınlarda eşlerine göre daha fazla sosyal olarak kendini izole etme durumunun yaşandığını ve tedavi sürecisince eşleri ve diğer insanlar içinde izolasyon duygularının arttığı vurgulanmıştır (103). Uluslararası literatür incelendiğinde; Aarts ve ark. Hollanda'lı infertil kadınların yaşam kaliteleri ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında, çocuğu olmayan kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı görülmüştür (98). Gdanska ve ark. kadınlarda infertilite tedavisi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, kadınlarda erkeklere oranla endişe ve depresyon oranın

daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu endişe ve depresyon durumunun infertilite tedavi sürecinde karar vermeyi negatif olarak etkilediği ve YÜT tedavi sonuçlarında gebelik şansını azalttığı bulunmuştur (100). Carter ve ark. infertilitenin kadınların cinsel fonksiyonu üzerindeki olumsuz etkilerini incelediği çalışmasında; infertiliteye bağlı gelişen stresin, YÜT uygulanan kadınlarda yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etki oluşturduğunu belirtmişlerdir (106). Fihser ve ark. yaptıkları çalışmada, stres etkisinden dolayı doğurganlığın olumsuz yönde etkilediğini vurgulamışlardır (104). İnfertil kadınlarda çocuğunun olmaması durumu en fazla üzüntü, strese, hatta anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. İnfertilite tedavi sürecinde yaşanan üzüntü ve stres, tedaviden olumlu sonuç alınamamasına yol açabilmektedir.

Çalışmada, çocuğun olmaması durumuna eşlerin %35,2'si anlayışlı bir şekilde tepki verirken, %24,6'sı destekleyici, %24,2'si tedavi arayışına girerek, %18,4'ü hayal kırıklığı yaşayarak, %2,5'i suçlayarak, %2'si öfkeli, %1,6'sı küçümseyerek ve %1,2'si tehditkar bir şekilde tepki verdiği belirlenmiştir (Tablo 3). Karaca ve Ünsal çalışmasında, kadınlarda infertilitenin aile içi şiddet ile bağlantısını araştırmıştır. İnfertil kadınların %33,6'sı infertil oldukları için şiddet görmeye başladığını belirtmiş ve şiddet gören bu kadınların %78'i infertil oldukları belirlendikten sonra şiddet görmeye başladıklarını ifade etmiştir (81). Kaba, kadınlarda infertilitenin çift uyumuna etkisini incelediği çalışmasında eş uyumunun infertilite tanısı konan kadınların çift uyumunu arttığı takdirde daha az cinsel işlev bozukluğu yaşandığını bulmuştur (87). Podolska ve Bidzan infertilite tedavisi gören çiftlerin psikolojik problemlerini incelediği çalışmada, güçlü psikonejik cinsel bozuklukların ve cinsel davranışta değişikliklerin (azalan libido, firijidite, disparoni, orgazm eksikliği) üreme sorunlarına neden olduğunu saptamışlardır (99). Fisher ve ark. çalışmasında erkeklerin %84'ünün eşleri kadar çocuk istediklerini, %10'unun fertilitenin erkekliği yansıttığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada YÜT tedavi sonucunda baba olmamış erkeklerin zihinsel sağlığının, baba olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (104). Shindel ve ark. infertil erkeklerin orta veya şiddetli depresyon yaşadığını ve zihinsel sağlıklarının bozulduğunu belirmiştir (105). İnfertilite sürecinde kadın kadar eşi de etkilenebilmekte ve eşin infertil kadına yönelik tepkileri değişkenlik gösterebilmektedir. YÜT tedavi sürecinde olan infertil kadınlara eşleri tarafından verilecek destek çok önemlidir. Bu uzun ve zorlu süreçte eşin anlayışlı ve destekleyici olmasının tedavi sürecini ve çiftlerin psikolojilerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmada, kadınların %70,9'u evlilikte ailenin mutlaka çocuk sahibi olması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Kadınların %35,7'sine göre neslin devamı için, %35,7'sine göre

duygusal gereksinim için, %25,4'üne göre ailede çocuk, evliliği sürdürmek için, %3,3'üne göre ise diğer sebeplerden dolayı gereklidir olarak bulunmuştur (Tablo 3). Karaca ve Ünsal çalışmasında, kadınların çocuk isteme sebebinin, toplumun kadın üzerinde yarattığı annelik beklentisini karşılamak için olduğu belirtilmiştir (81). Langdridge ve ark. çiftlerin çocuk isteme sebeplerini araştırdığı bir çalışmada, çiftler tarafından çocuk istemeye sebep olarak kabul edilen olguları; haz alma (%95), iki taraftan da bir parça olması (%90), sevgi verme (%85), bir aile haline gelme (%80) ve sevgi alma (%70) olarak sıralamışlardır (83). Greenglass, cinsiyet rollerindeki değişikliklere rağmen, "kadınların büyük çoğunluğunun yaşamdaki baskın hedeflerinin evlilik ve annelik olarak devam ettiğini" belirtmiştir (109). Bu çalışmada, kadınların büyük çoğunluğunun evliliği sürdürebilmek için mutlaka çocuk sahibi olunması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Evlilikte çocuk, anne-baba rollerine sahip olmanın ve aile olmanın bir parçası olarak görüldüğü için infertil kadınların hayatında doldurulması gereken önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

Çalışmada, kadınların %44,3'ü aile ve çevredeki insanlardan destek gördüğünü, kadınların %87,7'si tedavi sürecinde psikolojik/psikiyatrik yardım almadığını, %86,9'u da eşiyle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım almadığını belirtmiştir (Tablo 3). Can'ın çalışma sonuçlarına göre infertil kadınların %6,3'ü maddi veya manevi destek almamaktadır ve infertil kadınların depresyon seviyesi yüksektir (79). Kavlak'ın çalışmasında ise infertil kadınların %78,7'sinin manevi destek almadığı belirlenmiştir (77). Gdanska ve ark. çalışmalarında, infertil kadınlarda psikolojik destek ve şiddetli ruhsal sorunlar varlığında erken dönem psikiyatrik tedaviye başlamanın, infertil çiftlerin sağlığında iyileşmeye ve infertilite tedavisi sonuçlarından olumlu cevap alınmasına neden olacağı belirlenmiştir (100). İnfertilite tedavi sürecinde aile, çevre desteği ve psikolojik/psikiyatrik destek çok önemlidir. Maddi ve manevi alınacak yardım, sürecin getireceği psikolojik sorunların daha az yaşanmasına sebep olacaktır. Bu süreçte çiftlerin birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım almaları da tedavi sürecine olumlu yansımaları açısından önemlidir.

Çalışmada, kadınların FertiQol puan ortalaması 58,5±12,0, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün puan ortalaması 58,7±13,8 çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 55,5±15,6"akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 58,0±14,6"ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 62,7±18,2 "sosyal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 61,6±16,6 tedavi bölümünün puan ortalaması 58,1±12,2 tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 61,8±14,2

ve “dayanma gücü” alt boyutunun puan ortalaması 51,9±15,3 olup, infertil kadınlarda doğurganlık yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Karaca ve ark. tüp bebek kaybının infertil çiftlerde yaşam kalitesi ve duygusal durum üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, daha önce bir IVF başarısızlığı yaşayan grubun FertiQol puan ortalaması 52,50±9,95 çekirdek bölümünün “duygusal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 59,51±20,39 “akıl-beden hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 67,46±19,83 “ilişkisel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 71,31±18,89“sosyal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 63,75±17,92 tedavi bölümünün “çevresel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 55,45±15,72 ve “dayanma gücü” alt boyutunun puan ortalaması 50,0±24,0 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (89). Zeren’in infertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmasında, FertiQol puan ortalaması 79,74±15,94 çekirdek bölümünün “duygusal hayat kalites”i alt boyutunun puan ortalaması 62,56±22,05“akıl-beden hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 72,57±23,36 “ilişkisel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 44,60±11,01“sosyal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 70,13±17,02tedavi bölümünün “çevresel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 37,56±9,70 ve “dayanma gücü” alt boyutunun puan ortalaması 67,43±22,14 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesi iyi düzeyde tespit edilmiştir (56). Çetinbaş’ın YÜT merkezi’ne başvuran kadınlarda yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün puan ortalaması 69,70±12,62 çekirdek bölümünün “duygusal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 60,85±20,36“akıl-beden hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması70,79±19,65“ilişkisel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 71,19±14,88“sosyal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 72,72±18,81 tedavi bölümünün puan ortalaması66,11±12,76 tedavi bölümünün “çevresel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması62,57±14,60 ve “dayanma gücü” alt boyutunun puan ortalaması 71,42±20,18 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesi iyi düzeyde saptanmıştır (85). Uğur’un infertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisini incelediği çalışmasında, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün “duygusal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 62,96±20,88“akıl-beden hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması73,70±19,85 “ilişkisel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 79,21±16,09“sosyal hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 73,70±19,57, tedavi bölümünün “çevresel hayat kalitesi” alt boyutunun puan ortalaması 80,23±12,97 ve “dayanma gücü” alt boyutunun puan ortalaması66,52±18,86 olup, infertil

kadınların fertilite yaşam kalitesi iyi düzeyde belirlenmiştir (84). Ülkemiz literatür bulguları ile çalışma bulgumuz birbirine benzerlik göstermiş olup, Türk infertil kadınların fertilite yaşam kalitesinin orta ve iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Uluslararası literatür incelendiğinde; Desai ve Gundabattula'nın doğurganlık problemleri olan Hintli kadınlarda FertiQol kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün puan ortalaması 66,2±15,9; çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 57,3±21,5 "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 58,9±22,6 "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 77,5±15,4 "sosyal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 71,0±19,08, tedavi bölümünün puan ortalaması 66,7±15,0 tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 73,3±13,6 ve "dayanma gücü" alt boyutunun puan ortalaması 60,1±23,2 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesi orta düzeyde saptanmıştır (88). Hsu ve ark.'nın Tayvanlı infertil çiftlerde yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün puan ortalaması 55,12±13,72; çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 54,81±19,40" akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 51,58±24,29 "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 54,80±11,10 "sosyal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 59,32±11,05, tedavi bölümünün puan ortalaması 56,40±10,96; tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması54,63±9,19 ve "dayanma gücü" alt boyutunun puan ortalaması 59,04±18,99 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesi orta düzeyde belirlenmiştir (90). Verhaak ve ark. infertil bireylerde FertiQol ölçeğini kullanarak yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, FertiQol puan ortalaması 70,79±13,85 çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 59,82±18,71 "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 70,82±19,45 "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 78,23±14,49 "sosyal hayat kalitesi" alt boyutunun puan ortalaması 74,03±16,57 olup, infertil kadınların fertilite yaşam kalitesi iyi düzeyde belirlenmiştir (91). Ulusal ve uluslararası literatür infertil kadınlarda yaşam kalitesinin orta veya iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatür sonuçları, çalışma sonuçlarımız ile benzerdir.

Çalışmada, infertil kadınların FUÖ puan ortalaması 38,3±6,1 olup bu sonuca göre kadınların fertilite uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Ozan ve Duman, infertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilite uyumları ile öz-yeterlikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, FUÖ toplam puan ortalaması 23.26±5.29 olarak belirlenmiştir (92). Arslan ve Okumuş'un Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ)'ni Türkçe'ye çevirmek ve Türkçe versiyonunun (T-FUÖ) psikometrik özelliklerini test etmeği amaçladıkları çalışmalarında, FUÖ

puan ortalamasının 23,3±5,8 olduğunu tespit etmişlerdir (93). Bilgiç ve ark. bireylerin infertilite sorununa yönelik uyum düzeylerini inceledikleri çalışmada, FUÖ toplam puan ortalamasını 31,27±7,40 olarak bulmuşlardır (86). Verhaak ve ark. çiftlerin başarısız doğurganlık tedavilerine nasıl uyum sağladıklarını incelediği çalışmasında; tedavilerin başlamasından sonra görülen sıkıntı ve stresin başarısız tedavi sayısı ile arasında pozitif bir ilişki yarattığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada doğurganlık tedavisinin sona ermesinden sonra olumsuz duygusal tepkilerin zaman geçtikçe azaldığı ve çiftlerin infertiliteye uyum sağladıkları vurgulanmıştır (107). Ülkemiz ve uluslararası literatür bulguları ile çalışma bulgularımız birbirine benzerlik göstermiş olup, infertil kadınların fertilite uyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. YÜT tedavi sürecinde yaşanan olumsuz duygular zaman içerisinde yerini infertiliteye uyum ve mevcut duruma alışma şeklinde değiştirebilmektedir.

Çalışmada primer infertil olan kadınların akıl-beden hayat kalitesinin, sekonder infertil olan kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Çetinbaş çalışmasında, sekonder infertil kadınların çoğunlukla FertiQol ölçeğinden 57-82 arası puan alırken 57'nin altına düşmediklerini, ancak primer infertil kadınların %19,1'inin 57 puanın altında olduğunu belirlemiştir (85). Keskin ve ark. primer ve sekonder infertil kadınlarda yüksek stres düzeyinin, cinsel işlev problemlerine, evlilikten memnuniyetin azalmasına, yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine yol açtığını belirlemiştir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden cinsel işlev bozukluğu prevelansının sekonder infertil kadınlarda, primer infertil kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, primer infertil kadınların, sekonder infertil kadınlardan daha yüksek depresyon prevalansına sahip olduğu belirtilmiştir (108). Karabulut ve ark. FertiQol ölçeği kullanarak infertil kadınlarda doğurganlık yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada, sekonder infertil kadınların duygusal, akıl-beden ve sosyal hayat kalitesi alt boyutları puan ortalamasının, primer infertil kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel anlamda sekonder infertil kadınların, primer infertil kadınlara oranla FertiQol puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (102). Benzer sonuçlar; primer infertilite durumunda, sekonder infertiliteye göre yaşam kalitesinde düşük olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören infertil kadınların hayat kalitelerinin, 5 yıl ve daha az süredir tedavi gören kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Çetinbaş'ın çalışmasında da aynı şekilde infertilite süresinin, hayat kalitesini anlamlı bir şekilde düşürdüğü bulunmuştur (85). İnfertilite tedavisinin uzun sürmesi aynı zamanda

maliyetli bir tedavi olması ve tedavinin sonucunda neler olacağının bilinmemesi, tedavi sürecini her iki partner için de psikolojik olarak daha dayanılması zor duruma getirmektedir. (97). Oddens ve ark. yaptığı çalışmada, infertilite tedavisinin cinsel arzu ve cinsel tatmin memnuniyet oranları ile cinsel ilişki sıklığının o yaşta anne olan diğer kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre infertilite tedavi süresi uzadıkça kadınların ilişkisel hayat kalitesinin de olumsuz yönde etkilenebileceğini söyleyebiliriz (101). İnfertilite tedavi süresi uzadıkça kadınların hayat kalitesinin azaldığı bulgusu literatürce de desteklenmektedir.

Çalışmada çocuk sahibi olamama sorununun nedeni belli olmayan infertil kadınların fertilite uyumlarının, çocuk sahibi olamama sorunu kendinden dolayı var olan infertil kadınların fertilite uyumlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaba ve Çetişli, infertilitenin sebebinin fertilite uyumunu etkilemediğini belirlemiştir (87). McEwan ve ark. infertiliteye uyumu araştırdığı çalışmasında; infertilite sebebi kendinden kaynaklı olan kadınların kendini sorumlu hissettiği ve infertilite nedeni belli olmayan durumdaki kadınlara göre daha zayıf uyum gösterdiği belirtilmiştir. Hatta kendinden kaynaklı sorun olmayan kadınların %44'ü yine de sorundan bir şekilde kendini sorumlu hissetmiş, infertilite sorunu açıkça erkekten kaynaklı olsa bile, bu kadınların %30'unun yine kendilerini suçlama eğiliminde oldukları belirtilmiştir (110). Bu şonuçlara istinaden, kadın kaynaklı infertilite durumunda kadınlarda fertilite uyumunun da azaldığı söylenebilir.

SONUÇLAR

YÜT tedavi sürecinde olan kadınların infertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- İnfertilite durumunun, kadınların %32,8'ini çok üzerken, %27,5'inin evliliğini hiçbir şekilde etkilemediği, %17,2'sinin çok umutsuz olmasına, %16,8'ini hiçbir şekilde etkilemediğine, %6,1'inin eşinden ve ailesinden utanmasına, %4,5'inin boşanmaktan korkmasına sebep olduğu bulundu.
- Çocuğun olmaması durumuna eşlerin %35,2'si anlayışlı bir şekilde tepki verirken, %24,6'sı destekleyici, %24,2'si tedavi arayışına girerek, %18,4'ü hayal kırıklığı yaşayarak, %2,5'i suçlayarak, %2'si öfkeli bir şekilde,%1,6'sı küçümseyerek, %1,2'si de tehditkar bir şekilde tepki verdiği belirlendi.
- İnfertil kadınların %70,9'u evlilikte ailenin mutlaka çocuk sahibi olması gerektiğini düşündüğü, %44,3'ü aile ve çevredeki insanlardan destek gördüğünü, %11,9'unun çocukları olmadığı için eşlerinin kendilerinden ayrılacağını düşündüğü sonuçları bulundu.
- İnfertil kadınların %35,7'sine göre neslin devamı için, %35,7'sine göre duygusal gereksinim için, %25,4'üne göre ailede çocuk evliliği sürdürmek için, %3,3'üne göre ise diğer sebeplerden dolayı gerekli olduğunu düşündüğü tespit edildi.
- İnfertil kadınların %87,7'sinin tedavi sürecinde psikolojik/psikiyatrik yardım almadığını, %86,9'u da eşiyle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım almadığını ifade ettiği belirlendi.

- İnfertil kadınların %76,2'sinin primer infertilite, %23,4'ünün ise sekonder infertilite yaşadığı bulundu. Çocuk sahibi olmama sorunu %31,6 oranında kadının kendisinden kaynaklanmakta iken, %27,7 oranında kadının eşinden, %20,9 oranında hem kadın hem de eşinden kaynaklanmakta, %18,9 oranında ise nedeninin belli olmadığı belirlendi.
- İnfertil kadınların %22,5'inin 2 yıldan az süredir çocuğu olmazken, %38,9'unun 3-5 yıldır, %20,1'inin 6-8 yıldır, %18'inin 9 yıldan uzun süredir çocuğu olmadığı bulundu.
- İnfertil kadınların %34,4'ü 2 yıldan az süredir infertilite tedavisi görürken, %38,9'u 3-5 yıldır, %16,8'i 6-8 yıldır, %9,4'ü ise 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gördüğü saptandı.
- FertiQol ölçeği toplam puan ortalamasının 58,5±12,0 olduğu bulundu. FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünden ortalama 58,7±13,8 puan, tedavi bölümünden ise ortalama 58,1±12,2 puan aldıkları bulundu. FertiQol ölçeğinin çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 55,5±15,6 puan, "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 58,0±14,6 puan, "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 62,7±18,2 puan, "sosyal hayat kalitesi" alt boyutundan ise ortalama 61,6±16,6 puan alındığı belirlendi. FertiQol ölçeğinin tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesi"nden ortalama 61,8±14,2 puan, "dayanma gücü" alt boyutundan ortalama 51,9±15,3 puan alındığı bulundu.
- FUÖ puan ortalaması 38,3±6,1 olarak bulundu.
- FUÖ ile FertiQol, çekirdek ve tedavi bölümleri ve bu bölümlerin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.
- Primer infertilite yaşayan kadınların "akıl-beden hayat kalitesi"nin, sekonder infertilite yaşayan kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı.
- 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören kadınların hayat kalitelerinin, 5 yıl ve daha az süredir tedavi gören kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu.
- Çocuk sahibi olamama sorununun nedeni belli olmayan infertil kadınların fertilite uyumlarının, çocuk sahibi olamama sorunu kendinden dolayı var olan infertil kadınların fertilite uyumlarından daha yüksek olduğu belirlendi.

ÖNERİLER

YÜT tedavi sürecinde olan kadınların infertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezleri'nde çalışan infertilite hemşirelerinin tedavi sürecinde olan infertil kadınların doğurganlık hayat kalitelerini ve fertilite uyumlarını düzenli olarak değerlendirmeleri,
- YÜT tedavi sürecinde kadınların hayat kalitelerini ve fertilite uyumlarını artırmaya yönelik olarak eş, aile ve psikolog/psikiyatrist gibi sağlık profesyonelleri ile görüşmeler planlanarak destek alınmasının sağlanması,
- Araştırmacılar tarafından bu konu hakkında niteliksel araştırma planlanması önerilmektedir.

ÖZET

Çalışmada, YÜT tedavi sürecinde olan kadınların fertilite problemlerine ilişkin psikolojik reaksiyonları ve uyumu ile doğurganlık hayat kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki bu araştırma, Şubat 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Bahçelievler Medical Park Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'nde yürütülmüştür. Araştırma hastaneye başvuran n=244 infertil kadın üzerinden uygulanmıştır. Araştırmanın verileri literatür incelenerek hazırlanan anket formu, Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) ve "Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ) ile toplanmıştır.

İnfertil kadınların FertiQol çekirdek bölümünden ortalama 58,7±13,8 puan, tedavi bölümünden ise 58,1±12,2 puan; çekirdek bölümünün "duygusal hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 55,5±15,6 puan, "akıl-beden hayat kalitesi" alt boyutundan 58,0±14,6 puan, "ilişkisel hayat kalitesi" alt boyutundan 62,7±18,2 puan, "sosyal hayat kalitesi" alt boyutundan ise ortalama 61,6±16,6 puan alıkları saptanmıştır. FertiQol tedavi bölümünün "çevresel hayat kalitesi" alt boyutundan ortalama 61,8±14,2 puan alınırken, "dayanma gücü" alt boyutundan ortalama 51,9±15,3 puan alınmıştır. Kadınların FUÖ'den aldıkları ortalama puan 38,3±6,1 olarak bulunmuştur. FUÖ toplam puanı ile FertiQol toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). 9 yıldan uzun süredir infertilite tedavisi gören kadınların hayat kalitelerinin, 5 yıl ve daha az süredir tedavi gören kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olamama sorununun nedeni belli olmayan infertil

kadınların fertilite uyumlarının, çocuk sahibi olamama sorunu kendinden dolayı var olan infertil kadınların fertilite uyumlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

İnfertil kadınların doğurganlık hayat kaliteleri ve fertilite uyumları orta düzeydedir. YÜT tedavi süresi arttıkça hayat kalitesi azalmaktadır. Kendinde var olan bir infertilite nedeni ile çocuk sahibi olamayan kadınların fertilite uyumları daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Kadın, Doğurganlık Hayat Kalitesi, Fertilite Uyumu.

THE PSYCHOLOGICAL REACTIONS OF WOMEN RECEIVING ART TREATMENT IN RELATION TO THEIR FERTILITY PROBLEMS AS WELL AS THEIR FERTILITY QUALITY OF LIFE AND ADJUSTMENT.

SUMMARY

The aim of the study has been the observation of the psychological reactions of women receiving ART treatment in relation to their fertility problems as well as their fertility quality of life and adjustment.

This cross-sectional research has been conducted at the IVF center of Bahçelievler Medical Park Hospital in Istanbul betweenFebruary-December 2018. The research group consists of n=244infertile women that consulted the hospital. The data was collected byutilizing "Fertility Quality of Life Tool (FertiQol)" and "Fertility AdjustmentScale (FAS) " which were developed by analyzing literature.

It has been detected that infertile women score on average 58,7±13,8 in the Core FertiQol. 58,1±12,2 in the Treatment FertiQol. In the Core FertiQol subsections they score on average 55,5±15,6 in Emotional, 58,0±14,6 in Mind-Body, 62,7±18,2 in Relational, 61,6±16,6 in Social; in the Treatment FertiQol subsections they score on average 61,8±14,2 in Treatment Environment and 51,9±15,3 in Treatment Tolerability. The average score of the women on the Fertility AdjustmentScale was identified as 38,3±6,1. No meaningful relation was found

between the total score of FAS and the total and subscores of FertiQol ($p>0,05$). The quality of life of women receiving infertility treatment for more than 9 years were noticed to be lower than those receiving treatment for 5 years or less ($p<0,05$). The women with no discernible cause for their infertility have higher adjustment scores than women with internally caused infertility ($p<0,05$).

The fertility quality of life and adjustment of infertile women are atmid-level. As the duration of ART treatment increases, the quality of lifedrops. Women with internally caused infertility have lower fertility adjustment.

Key Words: Infertility, Woman, Fertility Quality of Life, Fertility Adjustment

KAYNAKLAR

1. WHO. Sexual and Reproductive Health. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/. Erişim Tarihi:26.01.2019.
2. Şahin HN, Bilgiç D.İnfertilite. Beji NK (Editör). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015. s.113-117.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014. s.113-117.
4. Beji NK. İnfertilitenin Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. Beji NK, Demirci N (Editörler)İnfertilite Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2009. s.90-12.
5. Vural PI, Beji NK.İnfertilite sorununun psikoseksüel etkileri. Androloji Bülteni 2014;16:135-138.
6. Kırca N, Pasinlioğlu T.İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5:162-178.
7. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):80-85.
8. El Kissi Y, Romdhane AB , Hidar S , Bannour S , Ayoubi Idrissi K , Khairi H et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: A comparative study between men and women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Peproductive Biology 2013:167(2);185-189.
9. Yusuf L.Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. Pakistan Journal of Medical Sciences 2016;6(32):1340-1343.

10. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ. Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. Human Reproduction 2007;8(22):2309-2317.

11. Kırca, N. İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi(tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

12. Dilek N, Beji KN.Determining the emotional reactions of couples undergoing assisted reproductive procedures. Journal of Education and Research in Nursing 2012;1(9):24-29.

13. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimarães J,Costa ME.Dyadic Dynamics of Perceived Social Support in Couples Facing Infertility. Human Reproduction 2014;1(29):83-89.

14. Taşkın L. İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. s. 647-670.

15. Oğuz H. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri (tez). İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.

16. Dalaner H. İnseminasyon Uygulanacak Kadınlarda İnseminasyon Öncesi ve Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2000.

17. Hafızali B. Doğal Yolla Çocuk Sahibi Olan Annelerle Tedavi Yoluyla Çocuk Sahibi Olan Annelerin Kaygı Düzeyleri ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Belirlenmesi(tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2003.

18. Akın IH. Kontrollü Ovaryan Hiperstimulasyon Uygulanan İnfertil olgularda GnRH Antagonist ve Agonist Uzun Protokollerin Karşılaştırması (tez). İstanbul: S.B. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

19. Günalp S, Tuncer S.Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. İstanbul: Pelikan Yayınları; 2004. s.567-583.

20. Akyüz A, İnanç N, Pabuçcu R. İn vitro fertilizasyon ünitesinde eşlere yönelik hemşirelik faaliyetlerinin planlanmasında temel alınacak deneyim ve gereksinimlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 1999;1(41):37-45.

21. Hacıosman F. Kısır Kadınlarda Multifaktöriyel Psikiyatrik İnceleme(tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1992.

22. Keskin GŞ. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İnvitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi Sonuçlarına Etkisi (tez). İstanbul: M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

23. Gordon JD, Speroff L(Çeviri: AZ. Işık, K. Vicdan). Klinik Jinekoloji ve İnfertilite El Kitabı Ankara: Nobel Kitabevi; 2003:101-350.

24. Özcan J**.** Invitro Fertilizasyon Planlanan Zayıf Yanıtlı Hastalarda Uygulanan Mikrodoz Protokolü ile Mikrodoz Stop Protokolünün Karşılaştırılması (tez)İstanbul: Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

25. Tekin Y.Kadın Hastalıkları ve Doğum. Ankara: Klinisyen Tıp Kitabevleri; 2005. s.506-610.

26. Yıldırım M.Klinik Jinekoloji. Ankara: Eryılmaz Ofset; 2002. s.97-291.

27. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.

28. Bozkurt O. İnfertilite Tedavi Sürecinin Psikiyatrik Etkileri(tez). İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2001.

29. Ekşi B.Evliliğe hazırlık aşamasındaki karı-koca adaylarının evlilik ve anne-baba olma üzerindeki düşünceleri.Aile ve Toplum Dergisi 2005;2(8):75-84.

30. Bedül A.Türkiye'de çalışan kadın ve kadın girişimciliği. *e*lektronik sosyal bilimler dergisi 2005;3(12):106-117.

31. Karabiber N**.** İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü; 1987.

32. Eichenauer RH, Vanherpe H (Çeviri: M. Diren). Klinik Muayene Tanı Tedavi Acil Klavuzu Klinik ve Pratik Üroloji. İstanbul: Yüce Yayınlar; 1995. s.15-350

33. Kadıoğlu A.Erkek Reprodüktif Sistem Hastalıkları ve Tedavisi. İstanbul: Türk Androloji Derneği Yayını; 2004.

34. Sezgin H, Hocaoğlu Ç.İnfertilitenin psikiyatrik yönü. psikiyatride güncel yaklaşımlar 2014;6 (2):165-184.

35. Coşkun AM.Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2012. s.401-590.

36. Yılmaz G. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rolleri ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi(tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

37. Taşkın L.Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.İstanbul: Akademisyen Kitabevi; 2016. s. 647-670.

38. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer L, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG (Çeviri: G. Yıldırım). Williams Jinekoloji. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s.205-302.

39. Lowdermilk D, Shannon EP, Cashion MC**.**Maternity Women's Health Care.NewYork. Elsevier; 2016. s.585-901.

40. Orhan E. Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı Almış Çiftlerde Kaygı ve Depresyon Belirtileri, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bozuklukları (tez).İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.

41. Beckmann CRB, Herbert W, Laube D, Ling F, Smith R.Obstetrics and Gynecology. NewYork: The American College of Obstetricans and Gynecologists; 2014. s.242-520.

42. Atasü T, Şahmay S.Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001. s.607-701.

43. Bakacak ZB. Antimüllarian Hormonun IVF Sikluslarında Over Rezervini Belirlemedeki Rolü(tez). İstanbul: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

44. Çağlar B. İnfertil Olgularda Gonadotropinli Süperovulasyon Siklusları ile Klomifen Stratlı Minimal Stimülasyon Sikluslarının Sonuçları (tez).İstanbul: Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi; 2005.

45. Polat M.IVF'de gerçek başarı nedir? ART'ye hasta seçim kriterleri, tedavi kararında etik yaklaşımlar. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara; 2007. s.44-46.

46. Tekbaş ÖF.Kimyasallar ve Üreme Sağlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):50-59.

47. Mutlu MF, Baştu E, Öktem M.Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. Medical Journal 2013;24:29-32.

48. Seymenler S. Siyez DM.İnfertilite psikolojik danışmanlığı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2018;2(10):186-197.

49. Datta J, Palmer MJ, Tanton CI, Gibson LJ, Jones KG, MacDowall W et. al.Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. Human Reproduction 2016;31(9):2108–2118.

50. Adıgüzel FI, Adıgüzel C, Seyfettinoğlu S, Ürünsak İF. Açıklanamayan infertilite etiyolojisinde olası risk faktörü olarak herediter trombofilinin yeri**.**. Bakırköy Tıp Dergisi 2015;1(11):162-166.

51. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, Klerk CD, Emery M, Lewis-Jones C et. al. ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. Human Reproduction 2015;30(11):2476-2485.

52. Bayram GO. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

53. Kahyaoğlu S, Gülerman HC, Özakşit MG, Yılmaz N, Seçkin B, Erdinç ASÖ ve ark. İnfertil hastalarda değerlendirme ve yönetim: Bir derleme makalesi. Jinekoloji– Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2017;14(3):138-145.

54. Lau JT ve ark. Infertility Related Perceptions and Responses and Their Associations with Quality of Life Among Rural Chinese Infertile Couples. Journal of Sex & Marital Therapy 2008; 34 (3): 248-267.

55. Çetinbaş A. Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

56. Zeren F. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

57. İnal A. İnfertil Olgularda Gonadotropinli Süperovulasyon Siklusları ile Klomifen Sitratlı Minimal Stimülasyon Siklusları Sonuçlarının Karşılaştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.

58. Kılınç RA. Çukurova Üniversitesine Başvuran İnfertil Çiftlerde in Vitro Fertilizasyon Endikasyonları (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

59. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri (tez). İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.

60. Taşçı KD, Özkan S.Sağlık Yüksekokulunu Öğrencilerinin İnfertilite Hakkındaki Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(3):187-192.

61. Oskay Ü, Onat GB, Dişsiz M. İnfertil hastaya psikososyal yaklaşım. Beji NK (Editör).İnfertilite Hemşireliği.İstanbul: Acar Basım; 2009. s.177-195.

62. Albayrak E, Günay O.State and Trait Anxiety Levels of Childless Women in Kayseri. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2007;14:1-6.

63. Ünal S, Kargın M, Akyüz A.İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;5(9):481-486.

64. Şen E, Bulut S, Şirin A.Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014;1(22):17-24.

65. Aarts JW, Huooelschoten AG, Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA et. al. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: A study in 427 women experiencing infertility. Human Reproduction 2012;27(2):488-495.

66. Newton CR, Sherrard W, Glavac I.The fertility problem invontory, measuring perceived infertility releated stres. Fertil Steril 1998;69:1026-1033.

67. Abbey A, Andrews FM, Hamlan LJ.Psychosocial predictors of life quality: How are they affected by infertility. Gender and Parenthood Journal of Family 1994;6(15):253-271.

68. Boivin J, Takefman JE, Tulandi T, Brender W.Reactions to infertility based on extent of treatment failure. Fertil Steril 1995;4(63);801-807.

69. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, Van der Spuy ZM.Men leave me as ı cannot have children:' women's experiences with involuntary childlessness. Human Reproduction 2002;(17):1663-1668.

70. Aliyeh G, Laya F.Quality of life and its correlates among a group of infertile iranian women.Medical Science Monitor 2007;7(13):313-317.

71. Beji NK. İnfertil Çiftlerde Eğitim ve Danışmanlık Süreci. Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2009.

72. Demirci N, Gün Ç, Potur DC, Koyucu R. İnfertilite hemşirelerinin yaşadığı güçlükler ve iş doyumu. Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi 2016;3(2):34-39.

73. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2018;2(5):253-258.

74. Beji NK, Kaya D. İnfertilitede birey-çift ve grup danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;3(9):10-14.

75. Aşçı Ö, Beji NK. İnfertilite danışmanlığı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;2(20):154-159.

76. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L,Nahit ÖK. Is there a gender gifference in infertile couples without an axis ı psychiatric disorder in the context and sexual function. Turkish Journal of Psychiatry 2007;4(8):1-11.

77. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;4(11):112-121.

78. Zeren F. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez).Eskişehir : Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

79. Can G. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi (tez). İzmir:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu; 2005.

80. Kamacı S. Primer İnfertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu; 2003.

81. Karaca, A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):80-85.

82. Kaba F**.** İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu Ve Çift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

83. Langdridge D, Connolly K, Sheeran P. Reasons for wanting a child: A network analytic study. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2010;18(4):321-338.

84. Uğur AS. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal Ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi(tez). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

85. Çetinbaş, A. Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

86. Bilgiç D, Özkan SA, Beji NK. Bireylerin infertilite sorununa yönelik uyum düzeyleri. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2016;2(3):51-61.

87. Kaba F, Cetişli NE. Sexual Function and Dyadic Adjustment in Infertile Women. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2019;13(1):28-33.

88. Desai HJ, Gundabattula SR. Quality of life in Indian women with fertility problems as assessed by the FertiQoL questionnaire: a single center cross sectional study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2019; 40(1): 82-87.

89. Karaca N, Karabulut A, Ozkan S, Aktun H, Orengul F, Yilmaz R, Batmaz G. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2016;206:158-163.

90. Hsu PY, Lin M W, Hwang JL, Lee M , Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2013;52(2):204-209.

91. Verhaak CM, Aarts JWM, Boivin J, Kremer JAM, Van Empel, IWH. 0-038 Measuring quality of life in infertility using the FertiQoL questionnaire. Human Reproduction 2010; 25(20100600).

92. Ozan YD, Duman M. İnfertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilite uyumları ile öz-yeterlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018;15(2):43-46.

93. Arslan İ, Okumuş H. Psychometric properties of the Turkish version of the fertility adjustment scale. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2016;8(3):224-231.

94. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. Fertil Steril 1999;72(4):623-8.

95. Bilgiç D, Özkan SA, Beji NK. Fertilite Uyum Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics 2016;2(3):40-45.

96. FertiQoL web sitesi (http://psych.cf.ac.uk/fertiqol/download/)% 20Turkish.pdf fertiqol.

97. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:140-148.

98. Aarts JWM, Empel IWH, Boivin J, Nelen WL, Kremer JAM, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. Human Reproduction 2011;26(5):1112-1118.

99. Podolska M, Bidzan M. Infertility as a psychological problem. Ginekologia Polska 2011;82(1).

100. Gdańska P, Drozdowicz-Jastrzębska E, Grzechocińska B, Radziwon-Zaleska M, Węgrzyn P, Wielgoś M. Kısırlık tedavisi gören kadınlarda anksiyete ve depresyon. Ginekologia polska 2017;88(2):109-112.

101. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuyse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey. Human Reproduction 1999;14(1):255-261.

102. Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013;170(1):193-197.

103. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 2002;41(4):229–232.

104. Fisher JR, Baker GH, Hammarberg K. Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes toward parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implications for practice. Fertility and Sterility 2010;94(2):574-580.

105. Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. The Journal of urology 2008;179(3):1056-1059.

106. Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. Fertility and sterility 2011;95(2): 711-716.

107. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Van Minnen A, Kremer JAM, Kraaimaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. Human reproduction 2005;20(8):2253-2260.

108. Keskin U, Coksuer H, Güngör S, Ercan CM, Karasahin KE, Baser I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. Fertility and sterility 2011;96(5):1213-1217.

109. Greenglass ER. A world of difference: Gender role in perspective. Toronto, Canada: Wiley; 1982. s.143.

110. McEwan KL, Costello CG, Taylor PJ. Adjustment to infertility. Journal of Abnormal Psychology 1987;96(2):108–116.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1. İnfertil Kadınların Bireysel Özellikleri 19

Tablo 2. İnfertil Kadınların Eşlerinin Bireysel Özellikleri 20

Tablo 3. Evlilik Yaşamına İlişkin Özellikler 21

Tablo 4. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler 24

Tablo5. FertiQol Toplam Alt Boyut Puanları İle FUÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 26

Tablo 6. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FertiQol Ölçeği Arasındaki İlişki 28

Tablo 7. İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler ile FUÖ Arasındaki İlişki 30

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında İstanbul'da doğan Esra Yılmaz ilköğretim, ortaöğretim ve lise öğretimini İstanbul'da tamamlamıştır.2010 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde başladığı lisans eğitimini 2014 yılında tamamlamış ve hemşire ünvanı almıştır. 2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. 2014 yılında Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi Çocuk Hematoloji Bölümü'nde (İstanbul) 2015 yılına kadar çalışmaya devam etmiştir. 2015-2016 yılları arasında Özel Mektebim Bahçelievler Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersi öğretmenliği yapmıştır. 2016-2017yılları arasında Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Atakent Hastanesi Çocuk Hematoloji bölümünde çalışmaya tekrar başlamıştır. 2018 yılında İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesine hemşire olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Ek 2. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol)

Ek 3. Fertilite Uyum Ölçeği (FUÖ)

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Kurum İzni

EK 1.ANKET FORMU

A. Bireysel Özellikler:

1. Yaşınız: .....

2. Evlilik yaşınız: .....

3. Aile biçiminiz: ( ) 1. Çekirdek aile ( ) 2. Geniş aile

4. Eğitim durumunuz: ( ) 1. İlköğretim ve altı ( ) 2. Lise ve üstü

5. Çalışma durumunuz: ( ) 1. Çalışmıyor ( ) 2. Çalışıyor ( ) 3. Emekli

6. Gelir durumunuz: ( ) 1. İyi ( ) 2. Orta ( ) 3. Kötü

7. igara kullanıyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

8.Alkol kullanıyor musunuz? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

9. Hayata bakış açınızı nasıl buluyorsunuz? ( ) 1. Pozitif ( ) 2. Negatif

B. Eşin Bireysel Özellikleri:

10. Eşinizin yaşı: **…….**

11. Eşinizin eğitim durumu: ( ) 1. İlköğretim ve altı ( ) 2. Lise ve üstü

12. Eşinizin çalışma durumu: ( ) 1. Çalışmıyor ( ) 2. Çalışıyor ( ) 3. Emekli

13. Eşiniz sigara kullanıyor mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

14. Eşiniz alkol kullanıyor mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

15. Eşinizin hayata bakış açısını nasıl buluyorsunuz? ( ) 1. Pozitif ( ) 2. Negatif

C. Evlilik Yaşamına ilişkin Özellikler:

16. Evlilik şekliniz:

( ) 1. Görücü usulü / istemeden ( ) 2. Görücü usulü/isteyerek ( ) 3. Tanışarak

17. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

( ) 1.Eşimle birlikte ( ) 2. Eşim ve eşimin ailesiyle ( ) 3. Eşim ve kendi ailemle birlikte

18. Çocuğunuzun olmaması sizi ve evliliğinizi en çok nasıl etkiledi?

( ) 1. Çok üzülüyorum ( ) 2. Boşanmaktan korkuyorum

( ) 3. Eşimden ve ailesinden utanıyorum ( ) 4. Çok umutsuzum

( ) 5. Beni hiçbir şekilde etkilemiyor ( ) 6. Evliliğimizi hiçbir şekilde etkilemiyor

19. Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?

( ) 1. Anlayışlı ( ) 2. Tehditkar ( ) 3. Öfkeli ( ) 4. Hayal kırıklığı

( ) 5. Tedavi arayışında ( ) 6. Suçlama ( ) 7. Küçümseme ( ) 8. Destekleyici

20. Çocuğunuz olmadığı için eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?

( )1. Hayır ( ) 2. Evet

21. Bu sorunun çözümünde aile ve çevredeki insanlardan destek gördünüz mü?

( )1. Hayır ( ) 2. Evet

22. Sizce evlilikte aile mutlaka çocuk sahibi olmalı mıdır?

( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

23. Sizce ailede çocuk neden gereklidir?

( ) 1. Evliliği sürdürmek ( ) 2. Neslin devamı( ) 3. Duygusal gereksinim

( ) 4. Diğer (belirtilecek) …….

24. Tedavi sürecinizde yalnız psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?

( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet

25. Eşinizle birlikte psikolojik/psikiyatrik yardım alıyor musunuz?

( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet

D. <u>İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Sürecine İlişkin Özellikler</u>

26. İnfertilite şekli:

( ) 1. Primer infertile (Hiç gebelik yaşamamış)

( ) 2. Sekonder infertile (Daha önce gebelik yaşamış)

27. Çocuk sahibi olmama sorunu kimde var olan sorundan kaynaklanıyor?

( ) 1. Ben ( ) 2. Eşim ( ) 3. Her ikimiz ( ) 4. Nedeni belli değil

28. İnfertilite sebebiniz:

( ) 1. Over yetmezliği ( ) 2. Eşimin sperm sayı ve kalitesinin azlığı

( ) 3. Eşimde hiç sperm olmaması ( ) 4. Çeşitli hastalıklar (tubal, uterin, peritoneal faktörler, duktal sorunlar vs.) ( ) 5. Nedeni belli değil

29. Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor?

( ) 1. 0- 2 yıl( ) 2. 3-5 yıl ( ) 3. 6-8 yıl ( ) 4. 9 ve üstü

30. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?

( ) 1. 0- 2 yıl( ) 2. 3-5 yıl ( ) 3. 6-8 yıl ( ) 4. 9 ve üstü

31. IUI (Aşılama) Sayısı: 1 ( ) 1 2( ) 2 3 ( ) 3 4 ( ) 4 ve üstü

32. ICSI (İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu) Sayısı :

1 ( ) 1 2( ) 2 3 ( ) 3 4 ( ) 4 ve üstü

33. Tedavi masraflarını kim karşılıyor?

( ) 1. Sosyal Güvence ( ) 2. Kendimiz

( ) 3. Bir kısmını kendimiz/bir kısmını sosyal güvence ( ) 4.Aile ve yakınlarımız

EK 2.DOĞURGANLIK SORUNLARI YAŞAYAN KİŞİLER İÇİN HAYAT KALİTESİ ÖLÇEĞİ (FertiQol)

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

Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift ilişkisi içindeyseniz cevaplayınız!

		Çok kötü	**Kötü**	**Ne iyi ne de kötü**	**İyi**	**Çok iyi**
A	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?					

		Hiç memnmun değilim	**Memnun değilim**	**Ne memnunum, ne memnun değilim**	**Memnunum**	**Çok memnunum**
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?					

		Tamamen	**Epeyce**	**Ortalama**	**Biraz**	**Hiç**
Q1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?					
Q2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?					
Q3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?					
Q4	Doğurganlık sorunlarınızla başa çıkabilir hissediyor musunuz?					

		Hiç memnmun değilim	**Memnun değilim**	**Ne memnunum, ne memnun değilim**	**Memnunum**	**Çok memnunum**
Q5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?					
*****Q6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?					

		Her zaman	**Çoğu zaman**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
Q7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?					
Q8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?					
Q9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?					
Q10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?					
*****Q11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?					
Q12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?					
Q13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?					
Q14	Ailenizin neler yaşadığınızı anladığını düşünüyor musunuz?					

		Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?					
Q16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?					
Q17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?					
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?					
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?					
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?					
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?					
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da başka çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?					
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkelendiriyor mu?					
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?					

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı?Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?					
T2	Arzu ettiğiniz doğurganlık tedavisi hizmetlerine başvurma imkânınız var mı?					

		Fazlasıyla	Çok	Ortalama	Biraz	Hiç
T3	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili gördüğünüz tedavi işlemleri ya da ilaç kullanımları karmaşık geliyor mu?					

T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?					
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?					
T6	Doğurganlık tedavisinin ve ilaçların yan etkileri fiziksel rahatsızlık veriyor mu?					

		Hiç memnun değilim	**Memnun değilim**	**Ne memnunum, ne memnun değilim**	**Memnunum**	**Çok memnunum**
T7	Duygusal ihtiyaçlarınıza yönelik sunulan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?					
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?					
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?					
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?					

EK 3.FERTİLİTE UYUM ÖLÇEĞİ (FUÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Çocuğumun olup olmayacağı kesin belli olana kadar gelecek hakkında plan yapamam						
2. Çocuk sahibi olmama ihtimali konusunda* eşimle/partnerimle konuşabilirim						
3.Yaşamımda bir çocuğumun olmasını her şeydendaha çok istiyorum						
4. Gelecekte çocuksuz bir yaşam olasılığına karşı planlar yaptım*						
5. Aydan aya yaşıyormuşum gibi geliyor						
6. Eğer kendi çocuğumu doğuramazsam her zaman başarısız olduğumu hissedeceğim						
7. Çocuksuz bir yaşantıya uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum*						
8. Normal bir yaşam sürdürdüğüme inanıyorum*						
9. Çocuksuz bir yaşam düşünemiyorum						
10. Çocuklu ya da çocuksuz olsun yaşamın değerli olduğunu düşünüyorum*						

EK 4.ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/28	
	PROTOKOL ADI	Yardımcı Üreme Teknikleri Tedavi Sürecinde Olan Kadınların Fertilite Problemlerine İlişkin Psikolojik Reaksiyonları ve Uyumu ile Doğurganlık Hayat Kalitesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 02/16**	**Tarih:22.01.2018**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'ün sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Esra YILMAZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 5.KURUM İZNİ

İLGİLİ MAKAMA

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencilerinden 1168327115 öğrenci numaralı Esra YILMAZ'ın Lisansüstü tez verilerini Özel Medikal Park Bahçelievler Hastanesinde toplamasına izin veriyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

