T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNFERTİL KADINLARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Saniye BENLİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof.Dr. Çetin ÇELİK

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordanatörlüğü tarafından 09102052 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA–2010

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen danışmanım Prof. Dr. Çetin ÇELİK'e, araştırmam boyunca her aşamada yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN ve Yrd. Doç. Dr. Emel EGE'ye, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen eşime, çocuklarıma ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI i

ÖNSÖZ ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR vi

1. GİRİŞ 1

1.1. İnfertilitenin Tanımı 3

1.2. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler 4

1.3. İnfertilite Nedenleri 6

1.3.1. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri 7

1.3.2. Kadına Ait İnfertilite Nedenleri ve Kullanılan Tanı Yöntemleri 10

1.3.2.1. Servikal ve İmmünolojik Faktörler 10

1.3.2.2. Uterin Faktörler 11

1.3.2.3. Tubal ve Peritoneal Faktörler 11

1.3.2.4. Ovulasyon Bozuklukları ve Hipotalamo-Hipofizer Faktörler 12

1.3.2.5. Enfeksiyöz Faktörler ve Sistemik Hastalıklar 14

1.3.3. Açıklanamayan Faktörler 14

1.4. İnfertilite Tedavisi 14

1.4.1. Üremeye Yardımcı Tedaviler 15

1.4.1.1. Kontrollü Ovulasyon Hiperstimülasyonu (KOH) 16

1.4.2. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) 17

1.4.2.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI) 18

1.4.2.2. İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET) 19

1.4.2.2.3. Intrasastoplazmik Sperm Injeksiyonu (ICSI) 19

1.4.3. İnfertilite Tedavisinin Komplikasyonları 19

1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Boyutu 20

1.6. İnfertil Çifte Yaklaşımda Hemşirenin Rolü 24

2. GEREÇ VE YÖNTEM 27
2.1. Araştırmanın Tipi 27
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı 27
2.3. Araştırma Evreni ve Örneği 27
2.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması 28
2.4.1. Veri Toplama Formu 28
2.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) 29
2.4.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) 29
2.5. Ön Uygulama 30
2.6. Değişkenler 30
2.6.1. Bağımlı Değişkenler 30
2.6.2. Bağımsız Değişkenler 30
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi 30
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
2.9. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları 31
2.10. Araştırmanın Varsayımları 31
2.11. Araştırmanın Etiği 32
2.11.1. Onam Formu 32
2.12. Araştırmanın Çalışma Takvimi 32
3. BULGULAR 34
3.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri 34
3.2. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık, Menstruasyon, Depresyon ve Anksiyete Durumları 39
3.3. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanları ile İlişkili Faktörler 44
3.4. İnfertil Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerinin Depresyon ve Anksiyete Puanları ve İlişkisi 47
4. TARTIŞMA 54

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri 54

4.2. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık, Menstruasyon, Depresyon ve Anksiyete Durumları 58

4.3. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanları ile İlişkili Faktörler.....61

4.4. İnfertil Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerinin Depresyon ve Anksiyete Puanları ile İlişkili Faktörler.....63

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 66

5.1. Sonuçlar 66

5.2. Öneriler 68

6. ÖZET 69

7. SUMMARY 70

8. KAYNAKLAR 71

9. EKLER.....76

Ek A Anket Formu 76

Ek B Beck Depresyon Envanteri (BDE) 79

Ek C Beck Anksiyete Envanteri (BAE) .....……..82

Ek D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi.....83

10. ÖZGEÇMİŞ 84

SİMGELER VE KISALTMALAR

LH : Luteinizing Hormon

FSH : Follikül Sitümüle Edici Hormon

GnRH-a : Gonadotropin Relasing Hormon agonistleri

hCG : Human Koryonik Gonadotropin

HMG : Human Menopozal Gonadotropin

CC : Klomifen sitrat

P FSH : Saf folikül stimülan hormon

Rec FSH : Rekombinant folikül stimülan hormon)

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

IUI : İntra Uterin İnseminasyon

GIFT : Gamet İntra Fallopian Transfer

ZIFT : Zigot İntra Fallopian Transfer

IVF-ET: İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi

TET : Tubal Embriyo Transferi

ICSI : İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu

MESA : Mikrosurgical Epididimal Sperm Aspirasyonu

TESA : Testiküler Sperm Aspirasyonu

KOH : Kontrollü Ovarian Hipersitümülasyon

OPU : Oosit Pick Up-Yumurta Toplanması

OHSS : Ovarian Hipersitümülasyon Sendromu

PCT : Post Koital Test

HSG : Histero Salfingo Grafi

E2 : Estradiol

PCOS : Polikistik Over Sendromu

POST : Peritoneal Oosit ve Sperm Transfer

SUZI : Subzonal Sperm İnjeksiyonu

PZD : Parsiyel Zona Diseksiyonu

BDE : Beck Depresyon Envanteri

BAE : BeckAnksiyete Envanteri

1. GİRİŞ

İnsanda temel içgüdülerden biri üreme içgüdüsüdür. Üreme, insanın temel işlevlerinin başında gelen, güçlü ruhsal ve biyolojik bağlantıları olan bir deneyimdir. Üreme yeteneği kesintiye uğradığında yaşamsal krizlerden biri ortaya çıkmaktadır. İnfertilite eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir. Bu kriz, çift ya da bireyin yaşamının bütün yönlerini ilgilendiren ve duygusal yönden zorlu geçen bir süreçtir. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir problem yaratır ve bir yetersizlik olarak algılanır. Aynı zamanda infertilite, tedavisi ekonomik olarak pahalı, duygusal olarak stresli, fiziksel olarak da ağrılı ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir süreçtir (Akçin 2005, Cevrioğlu 2009, Newton CR 1999, Slade ve ark. 1997, Taşçı ve Özkan 2007, Özçelik ve ark. 2007).

Aile kurma, çocuk sahibi olma bütün toplumlarda kabul gören arzu edilen bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır. Aile ve çocuk sahibi olmak, bireyin birincil ve sosyal görevidir. Ülkemizde de çocuğun aile içinde önemli bir değere sahip olduğu bilinmektedir. Genellikle kadınların çocuğu, evlilik bağlarını kuvvetlendirme, karı-kocayı birbirine yaklaştırma ve sevgi gibi sağladığı psikolojik nedenlerle, erkeklerin ise neslin devamı gibi sosyal bir değer nedeni ile istedikleri belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olamama evlilikte mutsuzluğun ve stresin en büyük nedeni olarak gösterilmektedir (Akyüz 2001, Karlıdere 2007, Kayahan 2003). İnfertil bireyler yetersizlik duygusu yaşamakta ve bunun sonucu zamanla çevrelerinden izole olmakta bir süre sonra da yetersizlik duygusunun artmasıyla aile dinamiği bozulmaktadır (Karabiber 1990, Kavlak ve Saruhan 2002, Kızılkaya 1987, Oddens ve ark. 1999, Özkan ve Baysal 2006, Roseline 2007).

İnfertilitenin bireylerin emosyonel fonksiyonları üzerinde yarattığı etkiler karışıktır ve bu etkiler infertilite süresine, bireylerin adaptasyon kapasitelerine, infertilite nedenlerine, prognozlarına ve duygusal desteklerine göre değişir. Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tetkik ve

tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve duygusal enerjisini tüketerek cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (Burns 2007, Ramezanzadeh ve ark. 2004). Yardımla üreme teknikleri (YÜT)'de infertilite tedavisinde çiftlere yeni seçenekler sunarken, aynı zamanda aşırı düzeyde duygusal, fiziksel ve ekonomik yükler de getirmektedir (Chen 2004, Karanisoğlu 1994, Kavlak ve Saruhan 2002, Monga ve ark. 2004). Bazı çalışmalarda infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete oranı yüksek bulunurken (Akçin 2005, Eren 2008, Fassino ve ark. 2002, Matsubayashi ve ark. 2005, Oddens va ark. 1999, Özkan ve Baysal 2006, Yılmaz 2006) bazı çalışmalarda da infertilitenin depresyon ve anksiyete düzeyi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da, depresyon puanlarının infertil kadınlarda daha yüksek olduğu (Akyüz 2001, Eren 2008, Gülseren ve ark. 2006, Tashbulatova 2007, Terzioğlu 2001, Oğuz HD 2004) saptanmıştır. İnfertil bireyler için baş edilmesi zor olan bu durumda gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanması hemşirenin de içinde bulunduğu sağlık profesyonellerini bir araya getirmiştir. İnfertilite alanında çalışan sağlık personeli infertil çiftlerin sağlık danışmanı, eğitimcisidir. Ayrıca çiftlerin yaşadıkları korku ve anksiyetenin giderilmesinde, benlik imajı ve benlik saygısının desteklenmesinde önemli görevleri vardır. Bu nedenle sağlık personeli infertil bireylerin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini etkili olarak karşılamak için doğru bilgi ve eğitime sahip olmalıdır (Akyüz 2007, Cevrioğlu 2009, Gürhan ve ark. 2008, Kızılkaya 1987, Şirin 2001).

İnfertilite kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen ve sonuç olarak yaşam kalitesini düşüren bir durumdur (Lee 2001, Oddens ve ark. 1999). Bu nedenle infertil çiftlere tanı ve tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından biyo-psiko-sosyal sağlığın sürdürülmesi için uygun danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekir. Kadınlarda bu süreçte oluşabilecek depresyon ve anksiyetenin erken tanılanması ve değerlendirilmesi hem tedavinin başarısı hem de kadının sağlığı açısından önemli görülmektedir. Bu çalışma ile infertilitenin kadınlarda depresyon ve anksiyete gelişmesi üzerine etkisini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite bir yıl boyunca korunma yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkide bulunan çiftlerde gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. Genç çiftlerde belirli bir neden yoksa süre biraz uzatılarak iki yıla kadar beklenebilir. Daha önce hiç gebelik olmamışsa primer infertilite, daha önce canlı doğumla sonuçlansın veya sonuçlanmasın en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite denir (Kavlak 2008, Speroff ve ark. 2007). Fekundabilite bir menstrual siklusta gebe kalabilme olasılığıdır. Normal çiftlerde fekundabilite %20–25 olarak tahmin edilmekte ve buna göre çiftlerin %90'ının 12 ayda gebe kalması gerektiği düşünülmektedir (İdil 2004, Mercan ve Mumcu 2004, Speroff ve ark. 2007). Yine sağlıklı çiftlerde gebeliğin oluşmadığı siklus sayısı ne kadar artar ise fekundabilite oranları da ters orantılı olarak azalmaktadır. Otuzlu yaşlardan itibaren fekundabilite oranları azalmaktadır (Berk 1998, Frey ve Patel 2004).

İnfertilite, üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur. ABD'de doğurganlık çağındaki çiftlerin %10-15'inde infertilite sorunu görülmekte ve yaklaşık 2,8 milyon infertil çift olduğu tahmin edilmektedir (Frey ve Patel 2004, Speroff 2007, WHO 2004). Yapılan bir araştırmada Kayseri il merkezinde primer infertilite prevalansının %6,3 olduğu tespit edilmiştir (Albayrak ve Günay 2007). Çocuksuz olan evli çiftlerin bir kısmı gebe kalamadıkları için, diğer bir kısım kadın ise gebeliklerini sürdüremedikleri için çocuk sahibi olamamaktadırlar. Dünya geneline bakıldığında infertilite oranı her geçen gün artmaktadır. Genel anlamda 10 çiftten biri primer veya sekonder infertilite deneyimi yaşamaktadır. Bu deneyimi yaşayanların çoğu yardımcı üreme tedavileri (YÜT)'nin olmadığı gelişmekte olan ülkelerdedir (Speroff ve ark. 2007, ORC Macro and WHO 2004).

Geçmiş yıllara göre infertil çift sayısının artmasına, kadınların geleneksel rollerindeki değişim, evliliğin ertelenmesi ve sonrasında çok kısa zaman içinde aile olmayı hayal etmek, alkol sigara gibi madde kullanımı, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması, infertilite servislerinin

ulaşılabilir olması ve kullanılabilirliğinin artması, infertilitenin bir sağlık problemi olarak kabul edilmesi, sağlık sigortasına infertilite tanı ve tedavisinin masraflarının dâhil edilmesi gibi faktörler neden olmaktadır (Gürbüz 2007, Mercan ve Mumcu 2004, Speroff ve ark. 2007, Örnek 2006).

1.2. Fertiliteyi Etkileyen Faktörler

Fertilite yeteneğini bilinen ve bilinmeyen birçok faktör etkilemektedir. Bunlardan bazıları; yaş, koitus sıklığı ve zamanlama, vücut ağırlığı, sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu ilaç kullanma, çevresel zararlı etmenler ve psikolojik nedenlerdir (Adashi ve Hillard 1998, Kavlak 2008, Taşkın 2009, Turgut 2007);

Yaş: Fertiliteyi etkileyen temel faktörlerden birisi kadın ve erkeğin yaşıdır. Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 20–25 yaşlarıdır ve yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Fertilite hızı kadında 30 yaştan sonra, erkekte 40 yaştan sonra düşer. Ancak erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürer. Kadınlarda 20–24 yaş arası gebelik oranı %86, 25–29 yaş arası gebelik oranı %78, 30–34 yaş arası gebelik oranı %63, 35–39 yaş arası gebelik oranı %52'dir (Frey ve Patel 2004, Görkemli 2006, Kavlak 2008, Taşkın 2009, Üstünsöz 2007).

Koitus sıklığı ve zamanlama: Eşlerin cinsel yaşamları hakkında detaylı bilgi almak önemlidir. Koitus sıklığı eşlerin yaşıyla ve evliliğin süresi ile yakından ilişkilidir. Fertil çiftlerde haftada 4 kez olan koitus sıklığı en yüksek konsepsiyon sayısına sahiptir. İnfertil çiftlerde koitus genellikle ovulasyon beklenen haftada gün aşırı olarak önerilir (Görkemli 2006, Mercan ve Mumcu 2004, Taşkın 2009).

Vücut ağırlığı: Vücut ağırlığının normal sınırlarda olması overlerin fonksiyonlarını normal bir şekilde devam ettirebilmesi için gereklidir. Aşırı şişmanlık ve zayıflık overlerin fonksiyonlarında değişime neden olarak hormonal dengenin bozulmasına ve infertiliteye neden olabilir (Kavlak 2008, Yıldırım 2000).

Sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu madde kullanma: Sigara hem kadın hem de erkeğin üreme kapasitesi üzerine etkilidir. Sigara çevresel ve genetik faktörlerle bir araya gelerek de infertiliteye neden olmaktadır. Alkol, kafein ve uyuşturucu maddelerinde fertilite üzerinde olumsuz etkileri vardır (Çöl 2007, Kavlak 2008, Turgut 2007).

Çevresel zararlı etmenler: Maruz kalınan maddenin cinsi yanında maruz kalma süresi ve şekli bu faktörlerin üreme sağlığına olan etkilerini belirlemektedir. Kimyasalların cinsi, etkilenim süre ve şiddetine göre değişmekle birlikte erkek ve/veya kadın üreme sisteminde olumsuz etkiler oluşturabilirler. Çevresel kimyasalların kadın ve erkek üreme sistemi üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler; menstrual düzensizlikler, fertilizasyon problemleri, implantasyon problemleri, ovulasyon bozuklukları, cinsel isteksizlik, sperm sayısında azalma, anormal yapıdaki sperm, sperm hareketliliğinde azalma, spermlerin dölleme yeteneğinde azalma, testislerde hasar, kromozomal hasar ve impotansdır. Doğal kaynakların düşüncesizce tüketilmesi ve teknolojinin getirdiği bir sorun olarak karşımıza çıkan küresel ısınma tüm dünyanın sorunudur. Küresel ısınmanın getireceği sağlık sorunlarından birisi de infertilite olacaktır. Yüksek sıcaklık sperm konsantrasyonunu ve hareketli sperm sayısını azaltarak erkek infertilitesinde önemli bir rol oynar (Orhun ve Duru 2006, Park ve Soyupek 2009, Tekbaş 2006, Üstünsöz 2007).

Psikolojik nedenler: Stres birçok hastalıkta etkendir ve bunlardan biriside doğurganlığı önlemesidir. Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi duygusal değişikliklere ve strese son derece duyarlıdır. Herhangi bir stres kaynağı menstrual düzensizliklere, amenoreye, dolayısıyle infertiliteye sebep olur. Stres infertilite nedeni iken infertil olmakta strese neden olur, dolayısıyla stres ve infertilite arasında bir kısır döngü oluşur (Csemiczky ve ark 2000, Kavlak 2008, Taşkın 2009, Üstünsöz 2007).

Geçirilen ameliyat ve enfeksiyon öyküsü: Kadınlarda geçirilen jinekolojik hastalıklar (enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), myomlar, polipler ve tümörler) özellikle karın bölgesinden geçirilen operasyonlar, erkeklerde ise özellikle genital bölge ve boşaltım sistemi ile ilgili ameliyat ve enfeksiyon

öyküsü (inmemiş testis, ingüinal herni, kabakulak enfeksiyonu geçirme, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü), kadın ve erkek infertilitesinde önemli rol oynar (Mercan ve Mumcu 2004, Pillitteri 1999).

Bu faktörlerden başka normal bir fertilite için şu şartlar da gereklidir (Adashi 1998, Kavlak 2008, Taşkın 2009, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000) ;

Erkekte;

- Erkek üreme sisteminde bir anormallik olmamalıdır,
- Üreme sisteminin salgıları normal olmalıdır,
- Testisler normal kalite ve kantitede sperm üretmelidir,
- Atılan spermler kadın vücudunda servikse ulaşacak şekilde depolanmalıdır.

Kadında;

- Uterus anatomik olarak normal olmalıdır,
- Ovulasyon mevcut olmalıdır,
- Over fonksiyonlarını etkileyecek sistemik bir hastalık bulunmamalıdır (Diyabet, tiroid, kronik anemi, aşırı şişmanlık gibi),
- Kadın üreme sisteminde enfeksiyon ve tıkanıklık olmamalıdır,
- Servikal mukus spermlerin yaşaması için uygun olmalıdır.

1.3. İnfertilite Nedenleri

Genel olarak bakıldığında insan fertilitesi göreceli olarak verimsizdir, çoğunlukla tesadüfen oluşur. Bir ya da iki yıl çocuk için uğraşan birçok çiftin doğurganlıkları normaldir ve yardımsız gebeliği başarabilirler. Fertil çiftlerin %80-90'ı 12 aylık bir süreden sonra hatta %95'inin 2 yıllık bir süreden sonra başarabileceklerinin anlaşılması önemlidir. Diğer çiftler infertilite nedenini belirlemek için araştırılmalıdır (Beji 2001, Mercan ve Mumcu 2004, Pillitteri 1999).

İnfertil çiftlere yaklaşımda ilk görüşme çok önemli olup daha sonraki değerlendirme ve tedavinin temelini oluşturmaktadır. İlk muayenede tanı ve tedavinin planlanması açısından eşlerin beraber görülmesi ve araştırmaların paralel yürütülmesi hem zaman kazanılmasını sağlar, hem de eşlerden birinin ötekinden

yakınmasını önler. İnfertilitenin çiftlerin sorunu olduğu mutlaka belirtilmelidir (Beji 2001, Görkemli 2006, Şirin 2001).

İnfertiliteye yol açan faktörler şunlardır (Burns 2007, Mercan ve Mumcu 2004, Miller JH 1999, Özbey 2006, Özbey ve ark. 2006);

- Kadına ait faktörler (% 40–50)
  - Ovulatuar
  - Tubal/Peritoneal Faktör
  - Servikal ve İmmünolojik Faktörler
- Erkeğe ait faktörler (% 30–40)
- Her ikisi (%25)
- Açıklanamayan Faktörler (%10–15)

1.3.1. Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri Ve Kullanılan Tanı Yöntemleri

İnfertil çiftlerin yaklaşık % 30-40'ında erkeğin kusurlu olduğu düşünülerek, kadının araştırılmasının zor, zahmetli, zaman alıcı ve daha pahalı olduğu göz önüne alınarak erkeğin daha önce muayene ve tetkike alınması alışılmış bir yaklaşımdır (Aydos 2009, Bayer ve ark. 2008, Günalp 2004, Pillitteri 1999).

Erkek üreme kanalı testis, epididimis, seminal vezikül, ejekülatuvar kanallar, bulbo- üretral bezler ve üretradan oluşur. Testisler hipofiz bezinden salgılanan LH ve FSH'nın kontrolü altındadır. İnsanlarda spermatogonya 75 günde matür sperm haline dönüşür. Ejekülasyon sırasında, mature spermatozoalar prostat, veziküla seminalis ve bulbo üretral bezlerden gelen salgı ile birlikte vas deferensten dışarı salgılanır. Ejeküle edilen spermler genellikle fertilizasyon kapasitesine sahip değildir. Öncelikle sperm dış yüzeyinde kapasitasyon adı verilen bir dizi biyokimyasal ve elektriksel değişikliklerin ve akrozom reaksiyonu olması gerekir (Orhan ve Duru 2006, Park ve Soyupek 2009, Taşkın 2009).

Erkekte infertiliteye yol açan nedenler arasında testislerden sperm üretimiyle ilgili bozukluklar, varikosel, radyoterapi, kullanılan bazı ilaçlar, infeksiyonlar, vas

deferens yokluğu yada tıkanıklıkları, endokrin hastalıklar, antisperm antikorlar, cinsel problemler, mesleksel ve çevresel faktörler bulunmaktadır (Adashi ve ark. 1998, Bayer ve ark. 2008, Mercan ve Mumcu 2004). Endişe, stres, yaşam biçimi, aşırı uğraşı gibi faktörlerin yoğun olarak infertiliteye katkıda bulunan sebepler olduğu görüşüne karşın psikososyal faktörlerin infertilite sebepleri arasında önemli bir rol oynadığını ileri süren oldukça az görüş vardır (Frey ve Patel 2004, Özbey ve ark. 2006, Özkaya ve Şahiner 2006).

En sık görülen nedenlerden birisi varikoseldir. Varikosel spermatik kord içindeki testiküler venlerin anormal dilatasyonu ve kıvrımlar oluşturması durumudur. Erkek populasyonunda %13 sıklıkta görülür. Erkek infertilitesinin en sık rastlanılan düzeltilebilir bir nedenidir. İnfertil erkekler arasında sıklığı %20-40'dır. Varikosel birçok fertil erkekte bulunabildiği gibi anormal semen analizine de sebep olabilir. Ateşli hastalıklar ve enfeksiyonlar toksik etkileriyle ya da direkt olarak orşit yaparak infertiliteye neden olabilir. Kızamık, suçiçeği, brusellozis, viral hepatitler, toxoplazmozis, pnömoni ve grip toksik etkilerle spermatogenezde inhibisyon yapabilir. Tifo, sıtma, kabakulak, tüberküloz, sifiliz gibi enfeksiyon ajanları orşit yaparak spermatogenezisi ortadan kaldırabilir (Aydos 2009, Çayan ve Kadıoğlu 2005, İdil 2004, Yılmaz 1986).

Isı artışı spermatogonezisi geçici olarak baskılar. Skrotumdaki ısının vücut ısısından 2,2°C düşük olması gerekmektedir. Bazı ilaçlar özellikle antihipertansif ve nöroleptiklerin büyük kısmı cinsel fonksiyonu kötü yönde etkiler. Çevre kirliliği sonucu ortaya çıkan ağır metaller ve boyalar, ilaç ve alkol bağımlılığı, radyasyon spermatogenezisi baskılayabilir (Orhan ve Duru 2006, Pillitteri 1999, Şirin 2001, Üstünsöz 2007).

Erkeklerde ereksiyonda ve ejekülasyonda görülen empotans psikojenik infertilitenin temel nedenidir. Pekçok normal erkekte hayatının bir devresinde geçici empotans görülebilir. Çocuklukta geçirilen psikolojik travmalar, beslenme sorunları, aşırı düşkün ve koruyucu annelik psikojenik empotans için hazırlayıcı faktörlerden bazılarıdır (Orhan ve Duru 2006, Pernoll 1987).

Erkek infertililitesinin araştırılmasında ilk basamak semen analizidir. Semen analizi ucuz ve noninvaziv olduğu için bütün infertil çiftlerde ilk tetkik olarak istenmelidir. Normal fertil erkeklerde bile semen değerleri zaman içerisinde büyük değişiklikler gösterebilir ve normal değerlerin altına düşebilir. Sperm üretimi günlük olarak değişebildiğinden, infertilite değerlendirilmesi için en az iki semen analizi yapılmalıdır. İki örnek arasında geçen zaman en az 7 gün ve en fazla 3 hafta olmalıdır. Semen analizi değerlendirilirken normal erkek genital sistem fizyolojisi de gözönünde bulundurulmalıdır (Mercan ve Mumcu 2004, Orhan ve Duru 2006, Pillitteri 1999). İki ayrı semen analizi, mümkünse en az bir ay ara ile yapılmalıdır. Güvenilir bir sonuç almak için semen analizi örneğinin alınma yönteminin doğru olması gerekir. Örnek alınmadan önce koitustan kaçınılması gereken süre tam olarak bilinmemekle beraber hastaya örnek alınmadan 3–4 gün koitustan ve masturbasyondan uzak durması söylenmelidir. Semen örneği masturbasyonla temiz bir kap içerisine alınmalıdır. Uygun ısıda korunmalı ve 1–2 saat içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır (Demirel ve ark. 2002, Güçtaş 2006, Günalp 2004, Kayıkçı ve ark. 2002, Yatlı ve ark. 2004).

Semen değerlendirmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun önerdiği referans değerler şunlardır (WHO 1999);

- Volüm: 2 mlt ve üzeri
- pH: 7,2 ve üzeri
- Total sperm sayısı: 40 milyon ve üzeri
- Sperm konsantrasyonu: mililitrede 20 milyon ve üzeri
- Motilite yüzdesi (a+b): %50 ya da daha üzerinde spermin a+b derecesi motilite, %25 ya da fazlasının a derecesi motilite göstermesi (a:ileri hızlı, b: ileri yavaş)
- Morfoloji: %30'dan fazlası normal morfolojide (kruger kriterlerine göre > %14)
- Canlılık: %75 ya da üzerinde canlı sperm
- Lökosit: 1 milyon mlt'den az

Bu aralıkların dışındaki değerler erkek infertilitesini akla getirir ve ek klinik ve/veya laboratuvar değerlendirmesini gerektirir. Semen parametreleri için verilen

referans değerlerin döllenme için gerekli minimum değerler olmadığı ve semen değerleri bu aralıklarda olmayan erkeklerin de fertil olabileceği unutulmamalıdır. Buna karşın referans değerlere göre normal olan bir erkekte de infertilite görülebilir. Eğer semende bir anormallik saptanırsa defektin tanısının konulabilmesi için hastanın üroloji uzmanı tarafından değerlendirilmesi gerekir (Günalp 2004, Özbey ve ark. 2006).

1.3.2.Kadına Ait İnfertilite Nedenleri Ve Kullanılan Tanı Yöntemleri

Kadında infertiliteye yol açan nedenler arasında servikal ve immünolojik faktörler, uterin faktörler, tubal ve peritoneal faktörler, ovulasyon bozuklukları, hipotalamo-hipofizer bozukluklar, enfeksiyöz faktörler ve sistemik hastalıklar yer almaktadır (Aydınuraz ve ark. 2008, Frey ve Patel 2004, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Pernoll ve Bensen 1987).

1.3.2.1. Servikal ve immünolojik faktörler; çiftlerin %3-5'inde infertilite nedeni olarak görülür. Servikal mukusun yapısı sperm geçişini etkiler. Östrojen mukus üretimini arttırırken, progesteron baskılar. Ovulasyona yakın servikal mukus miktarı artar, sulu, alkali yapıda ve hücreden fakir olur. Bu dönemde servikal mukusun elastikiyeti ve uzama özelliği artmıştır. Servikse ait konjenital malformasyonlar ve servikal travma normal mukus üretimini engeller (Mercan ve Mumcu 2004, Yıldırım 2000).

Servikal faktörün infertilite üzerine etkisini değerlendiren klasik yöntem, postkoital test (PCT)'dir. Postkoital test; test 3-4günlük cinsel perhiz sonrası yapılan koitustan sonra servikal kanaldan eksternal os ve posterior forniksten alınan servikal mukus ve spermlerin incelenmesidir. PCT servikal mukusun kalitesini, koitus sonrası kadın üreme sistemindeki motil spermlerin varlığı ve sayısını ve servikal mukus ile sperm arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılır (Mercan ve Mumcu 2004, Yıldırım 2000).

İmmünolojik infertilite yönünden değerlendirmek için antisperm antikorların tanısında çeşitli testler mevcuttur. Hem erkekler hem de kadınlar sperme karşı

bağışıklık cevabı oluşturma potansiyeline sahiptirler. Allojenik ya da otoimmün cevap sonuçta fertiliteyi olumsuz yönde etkileyebilir (Mercan ve Mumcu 2004, Yıldırım 2000).

1.3.2.2. Uterin faktörler; uterin faktörler içerisinde, uterusun doğuştan ya da sonradan oluşan patolojileri, pozisyon bozuklukları, müller kanalı anomalileri, myomlar, polipler, intrauterin yapışıklıklar, kronik endometritler, Asherman sendromu yer almaktadır. Bu faktörler embriyonun implantasyon ve devamında fetal büyüme ve gelişmeyi engelleyerek infertiliteye neden olurlar (Mercan ve Mumcu 2004).

1.3.2.3. Tubal ve peritoneal faktörler; tubal ve peritoneal faktörler kadın fertilite olgularının yaklaşık %30-40'ını oluşturur. Tubal faktörler fallop tüplerindeki hasar ve tıkanıklıklardır. Sıklıkla geçirilmiş Pelvik İnflamatuar Hastalık (PID), endometriozis ya da cerrahi opersyonlar tubalarda adhezyon ve obstrüksiyon oluşturduğu için infertiliteye neden olabilir. Tuba uterinalarda hasar olan kadınların yaklaşık yarısında tubal hastalık açısından herhangi bir risk faktörü tanımlanamamakla birlikte çoğunun büyük bir olasılıkla subklinik klamidya enfeksiyonu geçirdiği tahmin edilmektedir (Üstünsöz 2007, Mercan ve Mumcu 2004). Dünyadaki toplam 60–80 milyon infertilite vakasının %30-60'ında neden, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)'dır. CYBE ile tedavi edilmemiş üreme organlarına ait enfeksiyonlar sıklıkla sekonder infertilite nedeni olarak gösterilmektedir. Sekonder infertilite oranı özellikle erken cinsel deneyim yaşayan çok eşli toplumlarda daha sık görülmektedir (Kavlak 2008, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Pernoll ve Bensen 1987).

En önemli kadın infertilitesi nedenlerinden birisi endometriozisdir. Endometriozis, endometriyal dokunun uterus dışında lezyonlar ya da plaklar halinde yerleşimi olarak tanımlanır. Genellikle reprodüktif dönemde görülür. İnfertil kadınlarda endometriozis oranı %5–50 olarak bilinmektedir. Endometriozisde normal reprodüktif fizyolojinin tüm evrelerinde değişiklikler mevcuttur. Hastalarda düşük implantasyon kapasitesi ve gebelik oranları izlenmektedir. Foliküllerin mikro ortamı ve oosit kalitesinde bozukluklara bağlı, embriyo kalitesinde değişiklikler

meydana gelmekte ve embriyolarda düşük implantasyon kapasitesine yol açmaktadır. Bu da endometriozis vakalarında infertilite sonucunu doğurmaktadır. Yüksek prevalansı ve ciddi sonuçları ile endometriozis modern toplumlarda önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Uterin faktörlerin tedavisi, genellikle cerrahidir (Batıoğlu 2005, Hassa 2004, Mercan ve Mumcu 2004, Öktem ve Zeyneloğlu 2005, Özkaya ve Şahiner 2006, Şirin 2001).

Tubal açıklığın değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın yöntem histerosalpingografi (HSG), en iyi teknik laparoskopidir (Mercan ve Mumcu 2004, Yıldırım 2000).

Hisrerosalpingografi (HSG); HSG tubal açıklığı değerlendirmek için kullanılan ilk tanısal testtir. Çünkü tubal tıkanıklığı tanımlamada %85–100 sensitiviteye sahiptir. HSG genelde siklusun 6-11'inci günleri arasında yapılır (Mercan ve Mumcu 2004, Yıldırım 2000).

Laparoskopi; tubal ve peritoneal hastalığın tedavisi için en iyi teknik laparoskopidir. Tüm pelvik organların izlenmesini sağlar. HSG'deki anormal bulgular laparoskopide direk gözlem ile doğrulanabilir. HSG'si normal olan kadınların %20 'sinde laparoskopide tuba peritoneal bir hastalık bulunur. Geçirilmiş salpenjit bu faktörlerin en önemlisidir. Tubal tıkanıklık, pelvik yapışıklık ve endometriozis gibi tanımlanmış anormallikler laparoskopik olarak tedavi edilebilir (Taşkın 2009, Yıldırım 2000).

1.3.2.4. Ovulasyon bozuklukları ve hipotalamo-hipofizer faktörler; kadına bağlı infertilitenin %30-40'ı ovulasyon bozukluklarına bağlıdır. Overler bağımsız çalışan organlar olmayıp hipotalamo-hipofiz merkezlerinin kontrolü altında fonksiyon yapmaktadırlar. Overlerde ve bu merkezlerde meydana gelen bir patoloji sonucu infertilite meydana gelebilir. Ovarial nedenli infertilitede siklus düzeni bozulmuştur. Ovulasyona ait bozuklukların tanısı genellikle kolay olup, tedaviye iyi yanıt verirler (Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004).

Hem genel hem de infertilite populasyonunda anovulasyonun en sık görülen nedeni polikistik over sendromu (PCOS)'dur. PCOS üreme çağındaki kadınların yaklaşık %4-7'sini etkiler. Düzensiz menstruel kanamalar, hirsutizm, akne veya erkek tipi saç kaybı en sık görülen semptomlarıdır. PCOS'lu kadınların en az %20 - 50'si şişmandır. Aşırı zayıflıkta hormonal dengeyi bozar ve anovulasyonlu sikluslara neden olur. Hiperprolaktinemi ovulatuvar faktöre bağlı infertilite ile ilgili olabilir. Hipogonodotropik hipogonadizm (düşük Lüteinizan Hormon (LH), Follikül Stimülan Hormon (FSH) ve östradiol düzeyi), hipotalamo-pituiter aksta bir fonksiyon bozukluğunu yansıtır. Hipotiroidizm anovulatuvar infertilite ve abortusla sonuçlanır. Hipertiroidizm ise amenore yapabilecek derecede şiddetli olduğunda infertiliteye neden olabilir (Mercan ve Mumcu 2004, Şirin 2001, Pillitteri 1999, Zeyneloğlu ve Öktem 2005).

Ovulasyonun saptanmasında kullanılan en yaygın yöntemler; luteinizan hormon, basal vücut ısısı ve serum progesteron ölçümü ile ultrasonla değerlendirmedir.

Lüteinizan hormon (LH); lüteinizan hormonun yükselmesinin ortaya konması ovulasyonun saptanmasında kullanılan önemli bir yöntemdir. Ovulasyon LH yükselmeye başladıktan 34–36 saat ve LH pik'inden 10–12 saat sonra gerçekleşir (Kavlak 2008, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Pernoll ve Bensen 1987).

Basal vücut ısısı (BBT); basal vücut ısısı ovulasyonun saptanmasında kullanılan en basit ve en ucuz yöntemdir. Her sabah vücut ısısının ölçülerek kaydedilmesi işlemidir. Vücut ısısı yataktan kalkmadan, yemek yemeden ve herhangi bir şey içmeden önce alınmadır. Vücut ısısı ovulasyondan birkaç gün önce düşer, ovulasyondan sonra 0.2–0.5 derece yükselir ve 10–12 gün bu düzeyde seyreder. Bu dönemde hastanın sigara içmesi yasaklanmalıdır. Düzensiz uyku sonuçları etkileyebilir (Kavlak 2008, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Taşkın 2009).

Serum progesteron düzeyi; serum progesteron düzeyinin yükselmesi ovulasyonun indirekt bir bulgusudur. Progesteron ölçümü midluteal dönemde (28 günlük bir siklusta 21–23 günler) yapılmalıdır (Kavlak 2008, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Taşkın 2009, Yıldırım 2000).

Ultrason; ultrason ile dominant folikülün gelişimi izlenerek ovulasyon olup olmadığı saptanabilir. Ovulasyon genellikle folikül çapı 21–23 mm iken gerçekleşmekle birlikte 17 ya da 29 mm iken de gerçekleşebilir (Kavlak 2008, Marin ve DeCheney 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Taşkın 2009, Yıldırım 2000).

1.3.2.5. Enfeksiyöz faktörler ve sistemik hastalıklar; subklinik enfeksiyon ve fertilite arasında bir ilişki vardır. Klamidya kadın genital sisteminde asemptomatik enfeksiyon oluşturabilir ve semptomlar az olmasına rağmen tubal hasar ile sonuçlanabilir. Genel olarak böbrek yetmezliği, tiroid ve karaciğer hastalıkları gibi ciddi sistemik hastalıklar hipotamus-hipofiz-over aksta bozulmaya neden olarak infertiliteye yol açabilir (Mercan ve Mumcu 2004).

1.3.3. Açıklanamayan Faktörler

Erkekte ya da kadında tıbben infertiliteye neden olabilecek bir sorun saptanamadığı durumlarda konulan tanıdır. Genellikle infertil çiftlerin %10-15'inde görülür. Etyolojileri aydınlatılamayan infertilite olgularının bir bölümünün altında psikolojik nedenler gözlenebilir. Ruhsal ve bedensel gelişmeleri geri kalmış, annelik sorumluluğuna kendini hazırlayamamış kadınların gebelikten kaçışları, çok şiddetli çocuk isteği (ruhsal çatışma, servikste aşırı sekresyon, tuba spazmları ve ovulasyon frenlemesi yaratır) benzer olumsuz sonuçlar doğurabilir. Frigidite, korku, şizofreni, vaginismus, disparanoya, koitus sıklığı, orgazm durumu, aile geçimsizlikleri, mutsuzluk, boşanma korkusu, meslek çatışmaları da açıklanamayan infertilite nedeni olarak görülen ruhsal gerilimlerdir (Beji 2001, Şirin 2006).

1.4. İnfertilite Tedavisi

İnfertilite nedenine yönelik araştırmalar yapıldıktan sonra nedene ve çiftin ihtiyaçlarına (infertilite süresi, yaş, beklenti) yönelik tedavi yaklaşımları ele

alınmalıdır. Çiftlere tedavi alternatifleri sunularak, tedavi seçenekleri ve gebelik şansları hakkında bilgi verilerek birlikte seçim yapılmalıdır (İdil 2004). Herhangi bir tedaviye başlamadan önce çiftlere başarı şansı anlatılırken gebelik oranlarını etkileyen faktörleri göz önüne almak gerekir. İnfertil bir çiftte gebelik oranlarını etkileyen faktörler (Tavmergen 2006);

- İnfertilitenin nedeni
- Elde edilen folikül veya oosit sayısı
- Oosit maturitesi ve kalitesi
- Embriyo kalitesi
- Transfer edilen embriyo sayısı
- Serum hormon düzeyleri
- Endometriyal kalınlık
- Luteal fazın seyri
- Sperm kalitesi ve bakteriyolojisidir.

Başarılı bir ovulasyon indüksiyonu sağlamak için prensipler (Mercan ve Mumcu 2004, Sofuoğlu 2005, Şirin 2001);

- Yeterli sayıda folikül maturasyonu sağlamak
- En ucuz tedavi ajanlarından pahalı olanlara geçmek, gereksiz yüksek doz ilaç kullanmamak
- Hiperstimülasyonu engellemek
- Çoğul gebeliği önlemek
- Tedavi sonrası sağlıklı bebeğin aileye teslimini sağlamaktır.

1.4.1. Üremeye Yardımcı Tedaviler

İnfertilite nedenleri arasında %20 oranında ortaya çıkan ovulatuar disfonksiyonun tedavisinde ovulasyon indüksiyonu uygulanmaktadır. Ovulasyon indüksiyonunda amaç, overi uyaracak ilaçların yardımıyla çok sayıda ve iyi kalitede oosit gelişimini sağlamaktır. Her olgu için en yüksek başarının elde edilebileceği bireysel özellikler, endokrinolojik tablo ve yaş gibi kritik faktörler göz önüne

alınarak uygun kontrollü ovaryan hiperstimülasyon (KOH) protokolü seçilmelidir (Akyüz 2003, Mercan ve Mumcu 2004, Polat 2007, Şirin 2001, Tavmergen 2006).

1.4.1.1. Kontrollü Ovulasyon Hiperstimülasyonu (KOH)

Bu yöntem intrauterin inseminasyon ile birlikte multifaktöryel infertilitesi olan veya sebebi açıklanamayan infertilitesi olan hastalara uygulanmaktadır. KOH amacı ile kullanılan ajanlar (Atıcı 2003, Keskin 2007, Mercan ve Mumcu 2004, Şirin 2001, Posacı ve Doğan 2004, Tavmergen ve Göker 2006);

- Klomifen sitrat (CC)
- Gonadotropin releasing hormon agonistleri (GnRH-a)
- Gonadotropin releasing hormon antagonistleri
- Saf folikül stimülan hormon (P FSH)
- Rekombinant folikül stimülan hormon (Rec FSH)
- Human menapozal gonadotropin (HMG)
- Human koryonik gonadotropin (HCG)

Klomifen sitrat (CC) ; klomifen sitrat verilmesinin amacı süperovulasyon (oosit sayısının artırılması)'dur. Yapılan süperovulasyon oldukça hafif olup, genellikle 2 oosit gelişimi ile sonuçlanır. Bu durum çoğul gebelik gibi komplikasyonların azalmasına neden olmakla birlikte, tedavi başarısını da azaltmaktadır (Erez 1997, Kılıçdağ ve ark. 2005, Özkaya ve Şahiner 2006, Posacı ve Doğan 2004).

Gonadotrop Hormonlar; gonadotrop hormonlar postmenapozal kadın idrarından saflaştırılarak elde edilen ovulasyon indüksiyon ajanlarıdır. Gonadotropinler ile tedaviye gereksinim duyan anovulatuar kadınların büyük çoğunluğu PCOS hastalarıdır ve bu hastalarda genellikle CC direnci olduğu için gonadotropin gerekmektedir. Ovulasyon indüksiyonunda hedeflenen 8–10 adet sağlıklı oosit elde edilebilmesidir. İnfertilite tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilk gonadotropin preparatı human menapozal gonadotropin (hMG)'dir. FSH ve LH içeren ampulleri IM olarak kullanılmaktadır. Genel olarak hastanın gonadotropin aktivitesinin artırılması ve gonadotropin eksikliği durumunda yerine konması için

yapılmaktadır. Tedavinin başarılı olabilmesi için overlerin fonksiyonel olması gerekir. hMG ile stimülasyondan sonra tedaviye eklenen hCG oosit maturasyonunu, ovulasyonu, korpus luteum oluşumunu ve korpus luteum fonksiyonlarının devamını sağlar. Gonadotropin yanıtı kişiler arasında farklılık gösterir (Mumcu ve Urman 2006, Özkaya ve Şahiner 2006, Posacı ve Doğan 2004, Tavmergen ve Göker 2006).

Tedaviye başlandıktan sonra transvajinal USG ve östradiol ölçümleri 1–3 gün ara ile yapılarak folikül çapları, sayısı ve kalitesine bakılır. Folikül çapı genel olarak günde 1–2 mm artar ve 18–19 mm olduğunda folikül gelişiminin yeterli olduğu kabul edilir. En büyük folikülün çapı 18–19 mm ve daha büyükse hCG İM olarak yapılır. Çoğunlukla hCG enjeksiyonundan 34–36 saat sonra transvajinal ultrasonografi eşliğinde overden oosit toplama (oocyte pick-up, OPU) işlemi gerçekleştirilir. Oosit pick up (OPU) işlemi günümüzde tüm yardımcı üreme merkezlerinde lokal anestezi altında transvajinal ultrasonografi rehberliğinde yapılmaktadır. Hasta adet görmezse hCG yapıldıktan 15–16 gün sonra gebelik testi yapılır (Mumcu ve Urman 2006, Özkaya ve Şahiner 2006, Posacı ve Doğan 2004, Tavmergen ve Göker 2006, Yavan 2001).

Overlerin KOH'a cevabının izlenmesinde esas olarak iki yöntemden faydalanılmaktadır. Bunlardan ilki ultrasonografi ile folikül gelişiminin takibi, diğeri ise gelişme gösteren foliküllerden salgılanan estradiol (E2) seviyesinin tayinidir. Estradiol düzeyine bakılmasının nedeni over hiperstimülasyon sendromu (OHSS) yönünden riskli hastaların belirlenebilmesidir (Koçak ve ark. 2006, Erez 1997, Mercan ve Mumcu 2004).

1.4.2. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Yardımcı üreme teknikleri, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren tekniklerdir. İlk başarılı gebelikten itibaren üremeye yardımcı teknikler hızlı bir gelişim göstermiş ve bir taraftan yeni yöntemler geliştirilmiş bir taraftan da bazıları terk edilmiştir (Dikencik 2001, Eskandari ve Cadieux 2003, İdil 2004, Özkaya ve Şahiner 2006, Taşkın 2009, Tavmergen 2005).

Kendi gelişimsel süreci içinde pek çok yardımcı üreme tekniği tanımlanmış ve denenmiştir. Bu teknikler; İntrauterin İnseminasyon (IUI), İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET), Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT), Zigot Intra Fallopian Transfer (ZIFT), Tubal Embriyo Transfer (TET), Peritoneal Oosit ve Sperm Transfer (POST)'dir. GIFT, ZIFT, TET gibi gamet veya embriyonun tubaya transferinin yapıldığı yöntemlerin invaziv olması ve uygulama zorluğu nedeniyle kullanımı terk edilmiştir (Akın 2001, İdil 2004, Özkaya ve Şahiner 2006, Pillitteri 1999, Tavmergen 2005).

Ayrıca YÜT olmayan, çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler de vardır. Bunlar; Assisted Hatching (Zona Delinmesi), MESA (Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu), TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu), SUZI (Subzonal Sperm İnjeksiyonu), PZD (Parsiyel Zona Diseksiyonu) ve ICSI (Intrasitoplazmik Sperm İnjeksiyonu)'dur. PZD ve SUZI artık kullanılmamaktadır (Akın 2001, İdil 2004, Özkaya ve Şahiner 2006, Tavmergen 2005).

Günümüzde en fazla kullanılan yardımcı üreme teknikleri intrauterin inseminasyon, in-vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ve intrasitoplazmik sperm injeksiyonudur (Kılıç 2005, Özkaya ve Şahiner 2006, Tavmergen 2005).

Dünyada YÜT uygulaması sonrası ilk bebek, 25 Haziran 1978 yılında dünyaya gelmiştir. Ülkemizde ilk İVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesinde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Gerçekleştirilen ilk İVF-ET gebeliğinde ilk bebek 18 Nisan 1989'da dünyaya gelmiştir (Şirin 2001, Tavmergen 2005).

1.4.2.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

Overlerin ilaçlarla stimüle edilerek, ovulasyonun sağlandığı zamanda, laboratuvarda özel aşamalardan geçirilip hazırlanmış spermlerin, kateter aracılığı ile kadın genital yolları içerisine verilmesidir. İntrauterin inseminasyon diğer YÜT'ne göre daha ucuz, daha basit ve daha az invazif olması özellikleriyle infertilite

tedavisinde sıklıkla başvurulan yöntemlerden birisidir (Erez 1997, Kılıçdağ ve ark. 2005, Özkaya ve Şahiner 2006, Posacı ve Doğan 2004).

1.4.2.2. İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)

İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi; eksojen ajanlar ile kontrollü over hiperstimülasyonunu, transvajinal ultrasonografi eşliğinde overlerden oosit toplanmasını, laboratuvar koşullarında fertilizasyonu ve embriyoların transservikal olarak uterusa transferini içeren bir yöntemdir. İnvitro fertilizasyon genellikle bir test tüpü içinde gerçekleştirildiği için bu şekilde ortaya çıkan gebeliklere 'tüp bebek' deyimi kullanılmaktadır. Overlerden alınan oositlerin özel kültür ortamında spermle fertilizasyonu 18–24 saat içinde gerçekleşir. Fertilizasyonu takiben zigot 48–72 saat içinde 4–8 hücreye gelişir. Bu safhada embriyolar özel bir katetere yerleştirilir. Ameliyathane ortamında kateter servikal kanaldan geçirilerek içerisindeki embriyolar uterusun fundusuna bırakılır. Gebelik şansını artırmak için birden fazla embriyo transferi yapılır. Hastanın transfer sonrası 2–3 saat istirahati yeterlidir (Asan 2001, Beji 2001, Kılınç 2007, Taşkın 2009, Marin ve DeCheney 2003, Şirin 2001).

1.4.2.3. Intra Sitoplazmik Sperm Injeksiyonu (ICSI)

Bu yöntemde sperm direkt olarak sitoplâzma içine yerleştirilmektedir. Özellikle erkek infertilitesinde en etkin tedavi yöntemidir. Günümüzde yaygın olarak kullanılan ICSI ile ilk doğum 1992 yılında gerçekleşmiştir (Gürbüz 2007, Kılınç 2007, Marin ve DeCheney 2003, Taşkın 2009, Şirin 2001).

1.4.3. İnfertilite Tedavisinin Komplikasyonları

Yaygın olarak görülen yan etkiler, alerjik duyarlılık, ağrı ve enfeksiyon olmakla birlikte majör komplikasyonlar da gelişebilmektedir. Bunlardan biri, ovariyan hiperstimülasyon sendromu (OHSS)'dur. Yardımcı üreme teknikleri uygulanan hastalarda OHSS riski %0.1–0.2'dir. OHSS tamamen iatrojenik ve sadece infertilite tedavisine özgü bir komplikasyondur. En riskli grubu PCOS'lu hastalar oluşturmaktadır. Belirti ve bulgular lokal ve sistemik kapiller permiabilite artışına

bağlıdır. Genel olarak %8–15 hafif formu, %1–7 orta formu, %1–1,8 şiddetli formu görülür. OHSS'da abdominal distansiyon, rahatsızlık hissi, bulantı-kusma, diyare, overlerde büyüme gibi hafif veya orta şiddetli formu görülebilirken, hipovolemi, hemokonsantrasyon, asit birikimi, renal yetmezlik, tromboemboli ve solunum sıkıntısı ile seyreden ciddi formu da nadiren görülebilir (Atıcı 2007, Özkaya ve Şahiner 2006, Posacı ve Doğan 2004). Bunlardan başka çoğul gebelik, ektopik ve hetetropik gebelik ile kullanılan aletler ve yapılan işlemlere bağlı olarak pelvik enfeksiyonlar, intraabdominal kanama komplikasyon olarak gelişebilmektedir (Akar 2006, Çepni 2004, Koçak ve ark 2006, Mercan ve Mumcu 2004, Tavmergen 2005, Yavan 2007,).

1.5. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Boyutu

Toplumun vazgeçilmez ve geleneksel, sosyal bir kurumu olan aile, insan neslinin devamını sağlama ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde önemli rol üstlenmiştir. Bu rol, sağlıklı üreme ve doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilir. Ailenin temel bir parçası olan çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Evli bir çift, istediği halde toplumun bu beklentisini yerine getiremediğinde, 'aile olma' rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Aileye beraberinde mutluluk, hoşgörü, sevgi ve fedakârlık getiren çocuğun yokluğu, ailenin ve toplumun değer yargılarına göre çeşitli psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır. Kişinin kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olması şeklinde tanımlanabilen ruh sağlığı, çocuksuz olma durumunda aile ve toplumdan gelen baskılarla bozulabilmektedir. Toplumumuzda da çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Eski çağlardan beri kadının aile ve toplumdaki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile ele alınmıştır. Doğumu kadın yaptığı için aileler ve toplum tarafından kısırlık konusunda hep kadın suçlanmış ve hor görülmüştür. Üreyebilme kapasitesi, erişkin gelişimi ve kimliğinin önemli parçalarından biridir. Çocuk sahibi olma arzusu, cinsiyet, yaş, ırk, din ve sosyal sınıf gözetmeksizin toplumsal bir anlam kazanmıştır. Bunun sonucu olarak infertil çiftler, sosyal damgalanma, toplumdan dışlanma ve boşanma gibi açık ya da izolasyon ve ruhsal sıkıntılar gibi daha güç fark edilen farklı boyutlarda sorunlar yaşayabilmektedir. Bazı kültürlerde annelik, kadının

kendi ailesi ve toplumu üzerinde konumunu arttıran tek yoldur. Çocuk sahibi olmak ekonomik olarak devamlılığın ve aile büyüklerine bakımın güvencesidir. Toplum ve kanunlar kadın ve erkeği evlilik ile birlikte karı-koca olarak adlandırırken, zaman içinde anne-baba olarak adlandırma ya da görme eğilimindedir. Çiftlerin kontrol dışı üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duyguları yaratmaktadır (Akdeniz 2004, Gürhan ve ark. 2008, Karanisoğlu 1994, Kızılkaya 1987, Pasch ve ark. 2002, Saydam 2003).

Evli çiftler, doğurganlığın kontrolü konusunda sıklıkla düşünmelerine rağmen infertilite olasılığına karşı hazırlıksızdır. Genellikle infertilite tanısı, çocuk isteğinin en yoğun olduğu zaman konulmakta ve çiftler arasına soğukluk girmesine, psikolojik sorunların ortaya çıkmasına ve evlilik uyumunun bozulmasına neden olmaktadır. İnfertilite tanısı ile birlikte çiftler; eşiyle olan yakınlığın kaybı, sağlığa olan güvenin kaybı, toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, rol kaybı, geleceğe yönelik güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı gibi bir tanesi bile depresyona neden olabilecek pek çok kayıp yaşamaktadır. Kişiler infertilite tanısı konduktan sonra yaşamlarının tüm alanlarını ihmal ederek infertilite üzerine yoğunlaşmakta ve bu yoğunlaşma pek çok çiftte, ciddi bir stres ve depresyona neden olmaktadır (Akyüz 2001, Burns 2007, Gürbüz 2007, Isaacs 2005, Lalos 1999). Görüldüğü gibi infertilite basit bir jinekolojik sendrom olmayıp, özellikle kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça olumsuz etkileyen ve bunun sonucu olarak da sağlık ve yaşam kalitesini düşüren bir durumdur (Holter ve ark. 2006, Lee 2001, Oddens ve ark. 1999).

İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline gelmektedir. İnfertilite dört yönüyle çiftlerin evliliklerini ve sosyal hayatlarını bu kadar derinden etkilemektedir:

- Sürecin uzun olması,
- Sürecin ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi,
- Tedavi işlemlerinin çok karmaşık, alışılmadık ve uzun basamaklardan geçmeyi gerektirmesi,

- İnfertilite tedavisi sonunda elde edilecek sonucun etkileri (Özçelik ve ark.2007).

İnfertilite ile karşı karşıya kalan birey/çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlamaktadır. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmaktadır. İlk evre *şok, şaşkınlık, inanamama* evresidir. Şok evresini *inkâr* izler. Çiftler bilinçsiz olarak inkârı bir savunma yolu olarak kullanabilirler. Gebeliğin oluşacağına dair sürekli bir ümit ya da menstrual siklusta gerginlik, ümitsizlik ve depresyon ortaya çıkabilir. Eşleri bekleyen diğer bir evre *kızgınlık ve anksiyete* evresidir. Tedavi gören kadın, bedenini "işgal ediliyor" veya "saldırıya uğruyor" gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde "yetersiz ve eksik" olmaktan ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyetede artar. Çiftleri bekleyen sonraki evre *öfke* evresidir. Bireyler kendilerine, eşlerine, ailelerine ve çevrelerine karşı öfke duyarlar. İnfertil çiftleri bekleyen bir başka evre *kontrol kaybı* evresidir. Yapılan tetkikler, sorulan sorular çiftlerin özel hayatlarını dışarıdaki kişilere açtığından, özel hayatlarının ihlal edildiğini düşünürler. Bu evrede özellikle kadınlar hamile kalan arkadaşlarıyla görüşmek istemezler ve onlarla paylaşacakları şeylerin azaldığına inanıp kendilerini yalnızlığa mahkûm ederler. İnfertilite tanısı konulan çiftin yaşayabileceği diğer bir evre *suçluluk* evresidir. Eşler, diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğunu düşünüp suçluluk duyarlar, bu duygulara ailenin ve kültürün baskıları da eklenir ve cezalandırıldıklarını düşünürler. Çift giderek günlük yaşamdan zevk alamamaya başlar ve her şeye karşı isteksizlik, belirsizlik hisseder ve gelecekle ilgili kayıp yaşar. Depresyon ve yas bu kayıp duygusuyla ilişkilidir. İnfertilitedeki yas süreci Kübler – Ross'un tanımladığı ölümcül bir hastalığın son dönemine yönelik yas sürecine benzer. Ancak infertilite de yaşamı tehdit edici bir durum yoktur, evlilik ilişkisi tehdit altındadır. Sağlıklı çiftler yavaş yavaş *çözülme evresine* ilerler. Gerçekler kabul edilir, yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunup uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçilir. Bazen eşler boşanıp başka evlilikler kurma kararı verir. Bazı çiftler menopoza kadar gebe kalma çabalarını sürdürürken, bazıları tedaviden vazgeçerek sorunu kadere bırakır. Son evre *uyum evresi'*dir. Bu evrede eşlerin durumlarını gerçeğe uygun olarak algılamaları, durumlarıyla ilgili duygularını

tanımaları ve kabullenmeleri söz konusudur (Demirci 2001, Kavlak 2002, Lalos 1999, Oflaz 2007, Özçelik ve Karamustafalıoğlu 2007, Taşcı ve ark. 2008).

Yapılan araştırmalarda çiftlerin infertiliteye ilişkin yaşadıkları sorunlar şöyle sıralanmıştır (Akyüz 2001, Ellen ve ark. 2002, Eren 2008, Lalos 1999, Peddie ve ark. 2005, Taşkın 2009, Yılmaz 2006);

- İnfertiliteyi, üzüntü veren bir olay olarak yaşamak,
- Uzun süren teşhis ve tedaviye maruz kalmak,
- Geleceğe yönelik plan yapamayacaklarını hissetmek,
- Her adet döneminde başarısızlık hissini yaşamak,
- Çiftlerin birbirini infertilite nedeni olmakla suçlamak,
- Gereken harcamalar nedeniyle ekonomik sıkıntıya girmek,
- Özel hayatlarına müdahale edildiğini düşünmek,
- Hamile kadınlarla ya da çocuklu ailelerle birlikte iken rahatsızlık hissetmek,
- Yoğun uygulamalar nedeniyle iş yerlerine ve sosyal yaşamlarına ilişkin güçlükler yaşamaktır.

Yapılan birçok çalışmada infertilitenin infertil çiftlerin evlilik ilişkilerini, cinsel hayatlarını ve ekonomik durumlarını olumsuz etkilediği, stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülâsyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (Akyüz 2001, Beutel ve ark. 1999, Ellen ve ark. 2002, Fassino ve ark. 2002, Gürbüz 2007, Karlıdere 2008, Volgsten ve ark. 2008, Yılmaz 2006). İnfertiliteye psikolojik reaksiyonun cinsiyetle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadınların daha yüksek depresyon, anksiyete ve özgüven kaybı yaşadıkları gösterilmiştir (Aytekin 1995, Özdemir 2006, Özkan ve Baysal 2006). Çiftleri infertilite tedavisine hazırlamak ve çiftlerin farkında olmadığı tedavi ile ilişkili duygusal ve etik konuları ortaya koyarak başa çıkma yolları konusunda beceri kazandırmak önemlidir (Aytekin 1995, Özdemir 2006).

1.6. İnfertil Çifte Yaklaşımda Hemşirenin Rolü

İnfertilite ünitesi çiftlerle ilgilenen, ona gerekli hizmeti veren embriyolog, jinekolog, anestezi uzmanı, biyolog, psikolog, hemşire ve laborantlardan oluşan multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Hemşire sağlık bakımının her aşamasında olduğu gibi burada da ekibin ayrılamaz bir parçasıdır. Hemşireler çiftlerin YÜT uygulanma sürecini fiziksel psikolojik ve sosyal olarak daha sağlıklı geçirmesinde en önemli rolü oynayacak sağlık personeli konumundadır. İnfertil hasta popülâsyonunun özel gereksinimleri, karmaşık teknoloji ve uzman bakım gereksinimi, talep edilen bu rol için hemşirelerin yetiştirilmesinde, formal olmayan hemşirelik eğitim programlarının oluşturulmasına gereksinim olmuştur. Yurt dışında hemşireler bu programı tamamlayarak reprodüktüf endokrinoloji ve infertilite hemşireliği dalında sertifika alabilmektedirler. Ayrıca sürekli eğitim kurslarına katılarak bilgilerin güncelleştirilmesi sağlanmaktadır. Duygusal kriz olarak infertilite, çocuk sahibi olamamayla ilişkili üzüntü, öfke, yabancılaşma ve yetmezlik duygularıyla karakterize bir durumdur. Hem bireyin hem de ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını etkiler. Duygusal kriz durumunda hemşirelik bakımının amacı; eşlere duygusal destek sağlamak ve olumlu başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmektir (Akyüz 2007, Atıcı 2003, Birol 2007, Dinç 2001, Gürbüz 2007, Gürhan 2003, Kuş 2008, Lalos 1999, Sherrod 2004, Terzioğlu 2001, Oskay ve Beji 2001).

İnfertilite tedavisine başvuran çiftlerin ön değerlendirmesi ve tedavinin her aşamasında, infertil çiftlerin çoğunlukla yaşadıkları duygusal tepkilerin ve deneyimlerin bilinmesi, eşlerin bakım gereksinimlerinin karşılanması için özellikle gereklidir. Genellikle infertil hasta popülasyonu 25 yaş ile tam menopoz yaşı arasındadır. İnfertilite hemşiresi eşlerin duygularının şiddetini anlamak ve yapılması gereken girişimleri açıklamak için, eşlerin tedavi süreci sırasındaki yaşam evresinin özelliklerini de bilmek zorundadır. Hemşire eşlerin infertilite sebebini, hangi yaşam evresinde olduklarını ve emosyonel durumlarının kişisel değerlendirmesini yaptıktan sonra tedavi sırasında uygun bakımı sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır. İnfertilite krizinin çözümünde hemşirelerin hastalarına etkin bakım sağlayabilmesi için algılama, iletişim, sorun çözme yeteneklerini iyi kullanması, kişiye değer vermesi,

araştırıcı olması, yöntem geliştirici olarak da çalışması gerekmektedir. Tedavi kaynaklı stresi azaltmak konusunda önemli bir konumda olduğu için eşlere, strese yol açan faktörleri tanımlamalarına yardım etmek ve stresi azaltmakla, eşlerin tedaviye uyumunu, tedavinin başarısını olumlu yönde etkileyebilir. Her an gelişen bu dinamik alanda hemşire tıbbi bakımdaki rolünün yanı sıra koordinatör, eğitmen / danışman, hasta hakları savunucusu, destekleyici, yönetici, araştırmacı rollerini de üstlenmektedir (Akyüz 2007, Gürbüz 2007, Kavlak 2008, Kuş 2008, Oskay ve Beji 2001, Şirin 2001).

Hemşireler tıbbi bakım rolleri ile çiftlerin gereksinimlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşarak, bakım uygulamalarına karar verir, planlayıp uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir. Yardımcı üreme teknikleri aşamalarında çiftlerin yanında bulunmak, hekimi asiste etmek ve ovum aspirasyonu, embriyo transferi gibi işlemler için hastanın hazırlığı, işlem sonrası izlem uygulamaları hemşirenin tıbbi bakımdaki görevlerindendir (Gürbüz 2007, Kızılkaya 1987, Kuş 2008, Sherrod 2004, Şirin 2001).

Bir koordinatör olarak hemşire, karmaşık temel bir teknoloji bilgisi, kapsamlı hasta bakımı, karmaşık servislerin koordinasyonu, yönetimsel işlevler, mali işler, hasta işlemleri ve ihtiyaçların tespiti gibi bir dizi işler yürütür. Hemşire hasta, doktor, laborant ve ameliyathane ekibinin doğru yerde ve doğru zamanda olmasını sağlar. Koordinatör hemşire, bu işlevleri sırasında profesyonel otorite, sorumluluk, saygınlık ve ekibin diğer üyeleri ile uyum içinde çalışacak modern hemşire pratiğine sahip olmalıdır (Atıcı 2003, Gürbüz 2007, Kuş 2008, Şirin 2001).

Hemşire bakım ve danışmanlık verirken önsezi, empati, yorumlama ve anlayış becerisini kullanır. Empati, bakım ortamı yaratmada hayati önem taşır. Empatik hemşire infertil çiftler için üzülmeden ve sorunlarını üzerine almadan bu deneyimlerini paylaşmalı, çifti dinlerken onlara yoğunlaşmaya çalışmalı, iyi bir dinleme tekniğinde vücut dili, yüz ifadesi ve ses tonu gibi sözlü ve sözsüz iletişim kaynaklarına dikkat etmelidir. Aktif dinleme terapötik iletişimin en önemli bölümüdür. Danışmanlıktaki rol insanlara duygularını yönetmede yardım etmek,

kendilerini rahat hissettikleri bir duruma getirmektir (Gürhan ve ark. 2008, Kavlak 2008, Oskay ve Beji 2001, Terzioğlu 1998, Şirin 2001).

Hemşireler sağlık bakım kararları için hastayı savunan, hastaya eğitimle güç veren mükemmel bir pozisyondadır. Hubert "savunucu" terimini "başkasını savunan, başkası için aracılık eden veya konuşan kişi" olarak tanımlamıştır. Hemşireler, bakım sürecinin değerlendirilmesi ve bir bakım planının tamamlanması sırasında hasta ile daha fazla zaman geçirdiği için, hasta hakları savunucusu olarak hastayı işlemler ve riskleri hakkında bilgilendirerek, tedavisi hakkında bilinçli karar almasına olanak tanır (Gürbüz 2007, Kuş 2008, Oskay ve Beji 2001).

Hemşirenin araştırmacı rolü, infertilite hemşireliğinde önem kazanmaktadır. Bilimin her alanında olduğu gibi, yardımcı üreme tekniklerinde de gelişmeler sürekli devam etmekte ve gelişmelerle birlikte hemşirelere yeni ve önemli sorumluluklar düşmektedir. Çiftlere en iyi danışmanlığı yapabilmek ve yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili soruları cevaplayabilmek ve kendini koruyabilmek için hemşire okumalı, araştırmalıdır. Bunun yanı sıra yeni gelişmeleri hemşireliğe en doğru biçimde yansıtabilmek için, içinde bulunduğu çalışmalara yönelik araştırmalar yapmalı ve sonuçlarını uygulama alanına yansıtmalıdır (Akyüz 2007, Atıcı 2003, Gürbüz 2007, Kuş 2008).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, infertilite sorunu olan kadınların depresyon ve anksiyete yaşama durumlarını incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Konya il merkezinde bulunan Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 24 Haziran–30 Temmuz 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırmanın evreni Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine infertilite tedavisi için başvuran kadınlardır.

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukta tahmininde" önerilen (Lwanga, Lemeshow 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. İncelenen olayın toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak infertilite prevelansında Albayrak ve Günay (2007)'ın bildirdiği orandan (%6.3) yararlanılmıştır. Ayrıca %90 güven düzeyinde %3 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 143 (%5) olduğu bulunmuştur. Araştırmanın örnek grubuna Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine infertilite nedeniyle başvuran 143 kadın ve aynı polikliniğe başka nedenlerle başvuran ve infertil olmayan 100 kadın da karşılaştırma amacıyla çalışmaya alınmıştır. Araştırmada örnek seçiminde belirli bir kuruma başvuranların alındığı gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine infertilite nedeniyle ya da başka nedenlerle başvuran her kadına yapılan araştırma anlatılmış ve kabul edenler araştırmaya dâhil edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bir veri toplama formu (EK A), depresyonu değerlendirmek amacı ile "Beck Depresyon Envanter"i (BDE) (EK B) ve anksiyete durumunu değerlendirmek amacı ile "Beck Anksiyete Envanteri" (BAE) (EK C) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde kadınların mahremiyeti dikkate alınarak özel bir alanda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

2.4.1. Veri Toplama Formu (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatüre dayanarak (Akyüz 2001, Kızılkaya 1987, Pillitteri 1999, Oğuz HD 2004, Yıldırım 2000) hazırlanan veri toplama formu kadınların sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon ve infertilite ile ilgili özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Sosyo demografik özellikler bölümü kadının yaşı, eşinin yaşı, evlilik süresi, kadının öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, gelirini algılama durumu, kadının mesleği, eşin mesleği, sağlık güvencesinin varlığı, aile tipi, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı merkezde oturma durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Sağlık ve menstruasyon özellikleri bölümü kadının daha önce geçirilmiş kadın hastalığı, sürekli kullandığı ilaç, daha önceki depresyon öyküsü, daha önce depresyon tedavisi görme durumu, halen depresyon tedavisi görme durumu, sigara içme, adet düzensizliği yaşama, adet düzensizliğine yönelik tedavi görme durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

İnfertilite özellikleri bölümü infertilite süresi, daha önce gebelik geçirme durumu, gebeliğin kendiliğinden veya tedaviyle gerçekleşme durumu, daha önceki gebeliğin sonlanma durumu, infertilite nedeni, tedavi özgeçmişi, şu andaki tedavi aşaması, infertilite tedavisi konusunda bilgi alma durumu, bilgi kaynağı, infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu, tedavi süreci ile ilgili

duygular, evlat edinme düşüncesi, infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve infertilite tedavi sürecinde destek kaynağını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

2.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK B)

Depresyonu değerlendirme amacı ile Beck ve ark. (1979) tarafından geliştirilmiş 21 maddelik *Beck Depresyon Envanteri (BDE) (1978)* kullanılmıştır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Ölçekteki her maddeden 0–3 arasında puan alınmaktadır, en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirtilerinin şiddetli olduğunu göstermektedir. BDE puanı 17 ve üzerinde olmanın tanı gerektirecek depresyonu % 90 doğrulukla ayırt edebildiği belirtilmektedir (Hisli 1988, Ceyhun 2001). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçüte bağlı geçerliliği r: 0.75 ve test-yarılama yöntemi güvenilirliği r:0.74 olarak bulunmuş ve ülkemizde kullanılabilir olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmada da BDE Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri, 0.86 bulunmuştur.

2.4.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (EK C)

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her maddeden 0 ile 3 arası puan alınmaktadır, en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Bireyin yaşadığı kaygı belirtilerinin sıklığını belirlemeyi hedefler (Savaşır ve Şahin 1997). Türkçe uyarlaması Ulusoy va ark.(1993) tarafından yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı r:0,57, iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Bizim çalışmamızda da BAE Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri, 0.88 bulunmuştur. Faktör analizi sonuçları subjektif ve somatik kaygı olmak üzere iki alt boyut içerdiğini göstermiştir.

2.5. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması çalışmanın yürütüldüğü hastanede 5–15 Haziran 2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Hazırlanan veri toplama formları 10 kadına uygulandıktan sonra, anlaşılabilirliği incelenip gerekli düzenlemeler yapılmış ve veri toplama araçları hazır hale getirilmiştir. Ön uygulamada yer alan kadınlar çalışma grubuna alınmamıştır.

2.6. Değişkenler

2.6.1. Bağımlı Değişkenler

- Beck Depresyon Envanteri
- Beck Anksiyete Envanteri puanları

2.6.2. Bağımsız Değişkenler

- İnfertilite durumu
- Kadınların sosyo-demografik özellikleri
- Kadınların sağlık ve menstruasyon özellikleri
- İnfertil kadınların infertilite öyküsü ve tedavi özellikleri

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış, hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 10,0 paket program kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş ve analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde ve ortalama hesaplamaları, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Ki-kare, Student t ve Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova), Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi yöntemlerinden yararlanılmıştır. Çoklu regresyon analizinde enter metod kullanılmış, kategorik bağımsız değişkenler, kukla değişkene dönüştürülerek analize sokulmuştur.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları çalışma grubunda yer alan infertil ve infertil olmayan kadınlarla sınırlıdır. Tüm kadınlara genellenemez.

2.9.Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Bu araştırma, infertilite sorunu olan kadınların depresyon ve anksiyete yaşama durumlarını incelemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma sorusu:

1. Kadınların sosyo-demografik özellikleri depresyon durumu ile ilişkili midir?
2. Kadınların sosyo-demografik özellikleri anksiyete durumu ile ilişkili midir?
3. Kadınların sağlık ve menstruasyon özellikleri depresyon durumu ile ilişkili midir?
4. Kadınların sağlık ve menstruasyon özellikleri anksiyete durumu ile ilişkili midir?
5. İnfertil olan ve olmayan kadınların depresyon durumu farklı mıdır?
6. İnfertil olan ve olmayan kadınların anksiyete durumu farklı mıdır?
7. İnfertil kadınların tedavi özellikleri depresyon durumu ile ilişkili midir?
8. İnfertil kadınların tedavi özellikleri anksiyete durumu ile ilişkili midir?

2.10. Araştırmanın Varsayımları

BECK Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ile geçerli ve güvenilir ölçümler yapıldığı varsayılmıştır. Anket uygulanan bireylerin verdikleri cevapların doğru olduğu varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarıyla geçerli ve güvenilir bilgi elde edildiği varsayılmıştır.

2.11. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK D) alınmıştır. İnfertil olan ve olmayan kadınlara araştırma süreci açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Tüm kadınlara araştırmanın amacı, süresi, süreci onların anlayabileceği nitelikte açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilecekleri belirtilerek " Özerklik" ilkesi, kişisel bilgilerinin mutlaka korunacağı vurgulanarak " Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

2.11.1. Onam Formu

Bu araştırmada infertil ve infertil olmayan kadınların sosyo- demografik özellikleri, sağlık, menstruasyon ve infertilite özellikleri ile depresyon ve anksiyete durumları arasındaki ilişki incelenecektir. Bu amaçla iki ölçek ve veri toplama formu kullanılarak katılanlardan veri toplanacaktır. Çalışmaya katılmanız ve sorulara doğru cevap vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu soruna çözüm bulunmasına katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışmayı reddetmek ve istediğiniz zaman hiçbir neden göstermeden araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün Adı- Soyadı (katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

2.12. Araştırmanın Çalışma Takvimi

- Literatür taraması ve araştırma önerisinin hazırlanması: 3 ay (Ocak-Mart 2008)
- Veri toplama araçlarının hazırlanması: 2 ay (Mart-Nisan 2008)
- Uzman görüşü alınması: 1 ay (Mayıs 2008)
- Yasal izinlerin alınması: 5 gün (Mayıs 2008)
- Ön uygulama: 10 gün (05–15 Haziran 2008)

- Araştırmanın uygulanması: 2 ay (24 Haziran–30 Temmuz 2008)
- Araştırma raporunun hazırlanması

3. BULGULAR

İnfertilite sorunu olan kadınların depresyon ve anksiyete yaşama durumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada infertil olan ve olmayan kadınlara ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular dört ayrı başlıkta sunulmuştur.

3.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

3.2. İnfertil olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon, depresyon ve anksiyete durumları,

3.3. Kadınların depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkili faktörler.

3.4. İnfertil kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkisi.

3.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri (n:243)

Özellikler	Ortalama	SS
Yaş	31,0	7,0
Eşin Yaşı	34,0	7,4
	Sayı	**%**
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar Değil (OYD)	17	7,0
Okuryazar+İlkokul	150	61,7
Ortaokul	25	10,3
Lise	26	10,7
Üniversite	25	10,3
Eşin Öğrenim Durumu		
OYD*-Okur-yazar+İlkokul	109	44,9
Ortaokul	30	12,3
Lise	59	24,3
Üniversite	45	18,5
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	212	87,2
Çalışıyor	31	12,8
Eşin Mesleği		
Memur	45	18,5
İşçi	74	30,5
Diğer (İşsiz, serbest, emekli)	124	51,0
En Uzun Yaşanılan Yer		
Köy-İlçe	102	42,0
İl	141	58,0
Tedavinin Yapıldığı Merkezde Oturma		
Evet	135	55,6
Hayır	108	44,4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	184	75,7
Geniş Aile	59	24,3
Gelir Durumu Algısı		
İyi	45	18,5
Orta	167	68,7
Kötü	31	12,8
Sağlık Güvencesi		
Var (Tedavi masraflarını karşılıyor-kısmen karşılıyor)	215	88,5
Yok	28	11,5
Evlenme Şekli		
Görücü Usulü İstemeyerek	16	6,6
Görücü Usulü İsteyerek-Anlaşarak	227	93,4

*Okur-yazar olmayan 3 kişi olduğundan birleştirilmiştir.

Çizelge 3.1.1.'de kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 31,0±7,0 eşlerinin yaş

ortalamasının 34,0±7,4 olduğu saptanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğu (%61,7) okuryazar+ilkokul mezunu, %87,2'si ev hanımıdır. Eşlerinin %44,9'u OYD+Okuryazar+ilkokul mezunu, %30,5'i işçi ve %51'i işsiz, serbest ve emeklidir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %58'inin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yerin il merkezi olduğu, % 42'sinin köy-ilçe'de yaşadığı tespit edilmiştir ve %55,6'sının tedavinin yapıldığı merkezde oturmakta olduğu, çoğunun (% 75,7) çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Ailelerin aylık gelir ortalamasının 1026,1±741,8 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yalnızca %18,5'i gelir durumunu iyi olarak algılarken, %68,7'si orta olarak algıladığını ifade etmiştir. Çoğunluğun (%88,5) sağlık güvencesi vardır ve tedavi masraflarını karşılamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlenme yaşı ortalaması 20,9±4,0 ve evlilik süresi ortalaması 10,0±7,5 yıldır, çoğunluğu (%93,4) görücü usulü isteyerek - anlaşarak evlendiğini ifade etmiştir.

Çizelge 3.1.2. Kadınların Sağlık ve Menstruasyon Özellikleri (n:243)

Daha Önce Geçirilmiş Kadın Hastalığı	**Sayı**	**%**
Evet	33	13,6
Hayır	210	86,4
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet*	16	9,6
Hayır	226	93,0
Daha Önceki Depresyon Öyküsü		
Evet	29	11,9
Hayır	214	88,1
Daha Önceki Depresyon Tedavisi (n:29)		
Evet	24	9,9
Hayır	5	2,1
Halen Depresyon Tedavisi Görme		
Evet	3	1,2
Hayır	240	98,8
Adet Düzensizliği Yaşama		
Evet	88	36,2
Hayır	154	63,8
Adet Düzensizliğine Yönelik Tedavi Görme		
Evet	56	23,0
Hayır	187	77,0
Sigara Kullanma		
Evet	20	8,2
Hayır	223	91,8

*Sürekli kullandığınız ilaç var mı sorusuna evet diyen kadınların 9'u tansiyon,5' diyabet, 1'i depresyon, 1'i de tiroid hastalığı için ilaç kullandığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların, %86,4'ü daha önceden geçirilmiş kadın hastalığının bulunmadığını, %93,0'ü sürekli kullandığı bir ilaç olmadığını ifade etmiştir. Kadınların %88,1'inin daha önce depresyon yaşamadığı, daha önce depresyon öyküsü olanlardan (%11,9), %9,9'unun geçmişte tedavi gördüğü ve %98,8'inin halen depresyon tedavisi görmediği tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların ilk menstruasyon olma yaşı 13,3±1,3, menstrual siklus süresinin 28,4±14,8 gün ve menstruasyon süresi ortalamasının 5,7±1,7 gün olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %36,2'sinin adet düzensizliği yaşadığı ve bunların %77'sinin adet düzensizliğine yönelik tedavi görmediği saptanmıştır. Kadınların %91,8'i sigara kullanmadığını ifade etmiştir.

Çizelge 3.1.3. İnfertil Kadınların İnfertilite Öyküsü ve Tedavisi ile İlgili Özellikleri

Daha Önce Gebelik Geçirme Durumu (n:143)	**Sayı**	**%**
Evet	41	28,7
Hayır	102	71,3
Gebeliğin Kendiliğinden ya da Tedaviyle Gerçekleşme Durumu (n:41)		
Kendiliğinden	24	58,5
Tedaviyle	17	41,5
Daha Önceki Gebeliğin Sonlanma Durumu (n:41)		
Düşük	25	61,0
Küretaj	8	19,5
Doğum	8	19,5
İnfertilite Nedeni (n:143)		
Kadın	71	49,7
Erkek	22	15,4
Her ikisi	50	35,0
Tedavi Özgeçmişi (n:143)		
Daha önce hiç tedavi almamış	34	23,8
Hormon tedavisi	31	21,7
Aşılama	11	7,7
Hormon tedavisi +Aşılama	44	30,8
Hormon tedavisi +Aşılama + IVF	23	16,1
Şu Andaki Tedavi Aşaması (n:143)		
Hormon tedavisi	91	63,6
Aşılama	30	21,0
IVF (Tüp bebek)	22	15,4

Çizelge 3.1.3.'de infertil kadınların infertilite öyküsü ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan infertil kadınların %28,7'si daha önce gebelik geçirdiğini (sekonder infertilite), %71,3'ü gebelik geçirmediğini (primer infertilite) ifade etmiştir. Gebelik geçiren kadınların %58,5'i gebeliğin kendiğinden gerçekleştiğini ve % 61'i gebeliğin düşükle, %19,5'i doğumla sonuçlandığını belirtmiştir. İnfertilite sorununun %49,7'sinin kadından, %15,4'ünün erkekten, %35'inin ise her ikisinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Tedavi özgeçmişine bakıldığında, %23,8'inin daha önce hiç tedavi almadığı, %21,7'sinin hormon, %30,8'inin hormon tedavisi + aşılama tedavisi aldığı ve kadınların büyük çoğunluğunun (%63,6) şu anda hormon tedavisi aşamasında olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1.4. İnfertil Kadınların İnfertilite Konusundaki Bilgi ve Düşünceleri (n:143)

İnfertilite Tedavisi Konusunda Bilgi Alma	**Sayı**	**%**
Evet	77	53,8
Hayır	66	46,2
Bilgi Kaynağı (n:77)		
Doktor-hemşire*	62	80,5
Arkadaş-çevre	6	7,8
İnternet-TV	9	11,7
İnfertilite Tedavisi Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olma (Kadının düşüncesi)		
Yeterli	75	52,4
Yetersiz	68	47,6
Tedavi Süreci ile İlgili Duygular		
Olumlu	74	51,7
Olumsuz	28	19,6
Emin değil	41	28,7
Evlat Edinme Düşüncesi		
Evet	18	12,6
Hayır	107	74,8
Emin değil	18	12,6
İnfertil Olmanın Yaşamı Etkileme Durumu		
Fazla etkilenmedim	34	23,8
Çok üzüldüm, baskı altında ve suçlu hissettim	103	72,0
İnfertilite Tedavi Sürecinde Destek Kaynağı		
Eşi ve ailesi	122	85,3
Kendi ailesi	12	8,4
Destek yok	9	6,3

*Hemşire cevabı veren kadın sayısı 3'dür.

İnfertilite tedavisi konusunda herhangi bir bilgi aldınız mı sorusuna kadınların %53,8'i evet, %46,2'si hayır cevabını vermiştir. Kadınların çoğu bilgiyi doktor-hemşireden (%80,5) aldıklarını, %52,4'ü infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %51,7'si tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu olduğunu, %74,8'i evlat edinmeyi düşünmediklerini, %72'si infertil olmaktan dolayı çok üzüldüğünü, çevre baskısı ve suçluluk hissettiğini, tedavi süresince en büyük desteği eşi ve ailesinden (%85,3) aldığını ifade etmiştir.

3.2. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-demografik, Sağlık, Menstruasyon, Depresyon ve Anksiyete Durumları

Bu bölümde infertil olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon, depresyon ve anksiyete durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	İnfertil(n:143) Ort±SS	**Fertil (n:100) Ort±SS**	**Önemlilik Testi**
Yaş	29,5±5,9	33,3±7,8	**t:4,333 p:0,000**
Eşin Yaşı	32.0±6,4	36,9±7,8	**t:5,326 p:0,000**
Aylık Gelir(TL)	1012,8±778,9	1045,0±687,8	t:0,332 p:0,710
Evlenme Yaşı	21,9±4,3	19,5±3,0	**t: 4,772 p:0,008**
Evlilik Süresi(Yıl)	7,5±5,6	13,4±8,6	**t: 6,480 p:0,000**
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	
Öğrenim Durumu			
Okur-yazar değil (OYD)	7 (4,9)	10 (10,0)	
Okur-yazar+İlkokul	89 (62,2)	61 (61,0)	
Ortaokul	16 (11,2)	9 (9,0)	X^2=2,572 p=0,632
Lise	16 (11,2)	10 (10,0)	
Üniversite	15 (10,5)	10 (10,0)	
Eşin Öğrenim Durumu			
OYD-Okuryazar+İlkokul	72 (50,3)	37 (37,0)	
Ortaokul	16 (11,2)	14 (14,0)	X^2=5,508 p=0,138
Lise	34 (23,8)	25 (25,0)	
Üniversite	21 (14,7)	24 (24,0)	
Çalışma Durumu			
Ev hanımı	125 (87,4)	87 (87,0)	
Çalışıyor	18 (12,6)	13 (13,0)	X^2=0,009 p=0,924
Eşin Mesleği			
Memur	21 (14,7)	24 (24,0)	
İşçi	51 (35,7)	23 (23,0)	X^2=5,986 p=0,050
Diğer (İşsiz, serbest, emekli)	71 (49,7)	53 (53,0)	
En Uzun Yaşanılan Yer			
Köy-İlçe	65 (45,5)	37 (37,0)	
İl	78 (54,5)	63 (63,0)	X^2=1,727 p=0,189
Tedavinin Yapıldığı Merkezde Oturma			
Evet	76 (53,1)	59 (59,0)	
Hayır	67 (46,9)	41 (41,0)	X^2=0,817 p=0,366
Aile Tipi			
Çekirdek	102(55,4)	82 (82,0)	
Geniş	41(69,5)	18 (18,0)	X^2=3,645 p=0,056
Gelir Durumu Algısı			
İyi	26 (71,3)	19 (19,0)	
Orta	99 (69,2)	68 (68,0)	X^2=0,042 p=0,979
Kötü	18 (12,6)	13 (13,0)	
Sağlık Güvencesi			
Var(Tedavi masraflarını karşılıyor- kısmen karşılıyor)	124 (86,7)	91 (91,0)	X^2=1,061 p=0,206
Yok	19 (13,3)	9 (9,0)	

İnfertil olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.2.1.'de sunulmuştur. Fertil kadınların yaş ortalaması (33,3±7,8), infertil kadınların yaş ortalamasına göre (29,5±5,9) daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Fertil kadınların eşlerinin yaş ortalaması (36,9±7,8), infertil kadınların eşlerinin yaş ortalamasına göre (32,0±6,4) daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Kadınların evlenme yaşları (sırasıyla infertil ve fertil) (21,9±4,3 ve 19,5±3,0) arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Evlilik süresine bakıldığında fertil kadınların evlilik süresi (13,4±8,6), infertil kadınların evlilik süresine göre (7,5±5,6) daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan infertil olan ve olmayan kadınların, öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşinin mesleği, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı merkezde oturma, aile tipi, aylık gelir, gelir durumu algısı ve sağlık güvencesi yönünden farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.2.2. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sağlık ve Menstruasyon Özelliklerine Göre Dağılımı

	İnfertil(n:143) Sayı (%)	Fertil(n:100) Sayı (%)	Önemlilik testi
Daha Önce Geçirilmiş Kadın Hastalığı			
Evet	21 (14,7)	12 (12,0)	
Hayır	122 (85,3)	88 (88,0)	X^2=0,362 p=0,548
Sürekli Kullanılan İlaç			
Evet	11 (7,7)	5 (5,0)	
Hayır	132 (92,3)	95 (95,0)	X^2=0,693 p=0,405
Daha Önceki Depresyon Öyküsü			
Evet	13 (9,1)	16 (16,0)	
Hayır	130 (90,9)	84 (84,0)	X^2=2,673 p=0,102
Daha Önceki Depresyon Tedavisi			
Evet	8 (61,5)	16 (100,0)	*
Hayır	5 (38,5)	0 (0,00)	
Halen Depresyon Tedavisi Görme			
Evet	1 (0,7)	2 (2,0)	*
Hayır	142 (99,3)	98 (98,0)	
Siklus süresi (Gün)	28,0±11,4	29,1±18,7	t:0,554 p:0,267
Adet Düzensizliği Yaşama			
Evet	62 (43,4)	26 (26,0)	
Hayır	81 (56,6)	74 (74,0)	**X^2=7,675 p=0,006**
Adet Düzensizliğine Yönelik Tedavi Görme			
Evet	43 (30,1)	13 (13,0)	
Hayır	100 (69,9)	87 (87,0)	**X^2=9,669 p=0,002**
Sigara Kullanma			
Evet	15 (10,5)	5 (5,0)	
Hayır	128 (89,5)	95 (95,0)	X^2=2,348 p=0,125

*Gözlerdeki küçük değerler nedeniyle istatistiksel analiz yapılmamıştır.

İnfertil olan ve olmayan kadınların sağlık ve menstruasyon özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.2.2.'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların ortalama siklus süresi infertil kadınlarda 28,0±11,4 gün, fertil kadınlarda 29,1±18,7 gündür. Adet düzensizliği yaşama (%43,4) ve adet düzensizliğine yönelik tedavi görme (%30,1) oranı infertil kadınlarda daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). İnfertil ve

fertil kadınlar arasında daha önce geçirilmiş kadın hastalığı, sürekli kullanılan ilaç olma durumu, daha önceki depresyon öyküsü ve sigara kullanma yönünden istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0.05). Daha önce depresyon öyküsü olan infertil kadınların (%9,1), %61,5'inin, daha önce depresyon öyküsü olan fertil kadınların (%16), tamamının daha önce depresyon tedavisi gördüğü tespit edilmiştir. Halen depresyon tedavisi görme oranı, fertil kadınlarda (%2) infertil kadınlara (%0,7) göre daha yüksektir. Ancak gözlerdeki küçük değerler nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Çizelge 3.2.3. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanları

	İnfertilite Durumu		**Test Değeri**	
	İnfertil (n:143) Ort±SS	**Fertil (n:100) Ort±SS**		
Depresyon Puanı	10,8 ±8,1	11,1± 8,7	t:0,813	p:0,527
Performansta bozulma	4,7 ±3,3	5,0± 3,6	t:0,533	p:0,594
Kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları	2,3 ±2,6	2,5± 2,9	t:0,598	p:0,551
Somatik rahatsızlıklar	2,1 ±2,0	3,0 ±2,8	t:2,765	**p:0,006**
Suçluluk duyguları	1,6 ±1,8	1,2 ±1,4	t:2,069	**p:0,040**
Anksiyete puanı	12,5 ±9,5	13,6 ±9,6	t:0,847	p:0,398

İnfertil olan ve olmayan kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının dağılımı çizelge 3.2.3.'de sunulmuştur.

Depresyon ve anksiyete toplam puanı yönünden infertil ve fertil kadınlar arasında fark bulunamamıştır (p>0.05). İnfertil kadınlarda depresyon alt boyutlarından somatik rahatsızlık puanı (2,1 ±2,0) fertil kadınlara göre (3,0 ±2,8) daha düşük iken, suçluluk duyguları puanları infertil kadınlarda (1,6 ±1,8) fertil kadınlara göre (1,2 ±1,4) daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

3.3. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanları ile İlişkili Faktörler

Bu bölümde çalışma grubundaki kadınların depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkili faktörlere ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.3.1. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:243)

	Depresyon Ort±SS	Test ve Pdeğeri	Anksiyete Ort±SS	Test ve P değeri
Öğrenim Durumu				
Okuryazar değil	12,8±14,3	F:0,603 p:0,661	15,0±13,2	F:0,849 p:0,496
Okuryazar+İlkokul	11,5±8,5		13,2±9,6	
Ortaokul	11,4±7,1		13,7±9,3	
Lise	10,0±6,5		11,5±7,6	
Üniversite	9,4±6,6		10,4±8,8	
Eşin Öğrenim Durumu				
OYD+Okuryazar+İlkokul	11,3±8,4	F:5,175 **p:0,002**	12,7±9,4	F:2,262 p:0,082
Ortaokul	16,4±10,7*		16,4±13,7	
Lise	10,1±8,3		13,4±8,1	
Üniversite	9,0±5,9		10,6±7,9	
Mesleği				
Ev hanımı	11,2±8,4	t:0,100 p:0,921	13,1±9,6	t:0,647 p:0,521
Çalışıyor	11,4±9,4		11,9±9,5	
Eşin mesleği				
Memur	9,3±6,3	F:1,791 p:0,169	11,1±7,9	F:0,991 p:0,373
İşçi	11,0±8,3		13,3±9,4	
Diğer(İşsiz, serbest, emekli)	12,1±9,4		13,3±10,2	
En Uzun Yaşanılan Yer				
Köy-İlçe	11,6±8,7	t:0,604 p:0,546	13,7 ±10,8	t:1,052 p:0,294
İl	10,9±8,4		12,4 ±8,6	
Tedavinin Yapıldığı Merkezde Oturma				
Evet	10,6±7,7	t:1,232 p:0,219	13,0±8,7	t:0,083 p:0,934
Hayır	12,0±9,4		12,9±10,5	
Aile Tipi				
Çekirdek	11,4±8,5	t:0,719 p:0,474	13,3±9,9	t:1,295 p:0,198
Geniş	10,5±8,6		12,6±8,4	
Gelir Durumu Algısı				
İyi	9,1±7,7	F:4,938 **p:0,008**	9,8 ±7,6	F:7,603 **p:0,001**
Orta	11,0±8,1		12,8±9,0	
Kötü	15,2±10,7**		18,3±12,6**	
Sağlık Güvencesi				
Var(Tedavi masraflarını karşılıyor-kısmen karşılıyor)	11,3±8,5	t:0,357 p:0,723	13,1±9,4	t:0,577 p:0,568
Yok	10,7±8,6		11,8±10,6	

*Tukey HSD = Eşin eğitim durumunda ortaokul mezunu olandan kaynaklanmıştır
** Tukey HSD=Farklılık geliri kötü olandan kaynaklanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.3.1.'de verilmiştir.

Kadınların eşlerinin öğrenim durumuna bakıldığında anksiyete puanı yönünden fark bulunmazken depresyon puanı yönünden fark vardır. Eşi ortaokul mezunu olan kadınlarda depresyon puanı olumsuz yönde daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınların gelir durumlarına bakıldığında gelir durumu algısının kötü olmasının anksiyete ve depresyon yaşama durumu ile ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma grubundaki kadınların öğrenimi, çalışma durumu ve eşin mesleği, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı merkezde oturma, aile tipi, sağlık güvencesinin varlığı yönünden depresyon ve anksiyete puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.2. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Sağlık ve Menstruasyon Özelliklerine Göre Dağılımı (n:243)

	Depresyon Ort±SS	Test ve P değeri	Anksiyete Ort±SS	Test ve P değeri
Daha Önce Geçirilmiş Kadın Hastalığı				
Evet	14,3±9,9	t:1,982	17,7±10,4	t:2,862
Hayır	10,7±8,2	p:0,054	12,2±9,2	**p:0,007**
Sürekli Kullanılan İlaç				
Evet	13,5±8,9	t:1,037	12,7±7,2	t:0,125
Hayır	11,1±8,5	p:0,314	12,9±9,7	p:0,902
Daha Önceki Depresyon Öyküsü				
Evet	18,0±11,4	t:3,515	20,1±12,4	t:3,383
Hayır	10,3±7,6	**p:0,001**	12,0±8,7	**p:0,002**
Halen Depresyon Tedavisi Görme				
Evet	22,0±7,0	t:2,665	14,6±9,2	t:0,317
Hayır	11,1±8,5	p:0,112	12,9±9,6	p:0,781
Adet Düzensizliği Yaşama				
Evet	12,3±8,3	t:1,554	13,67±9,7	t:0,762
Hayır	10,6±8,6	p:0,122	12,6±9,5	p:0,447
Adet Düzensizliğine Yönelik Tedavi Görme				
Evet	10,9±7,9	t:0,369	12,9±9,3	t:0,006
Hayır	11,3±8,7	p:0,713	12,9±9,7	p:0,995
Sigara Kullanma				
Evet	13,9±11,4	t:1,093	15,9±12,4	t:1,135
Hayır	11,0±8,2	p:0,287	12,7±9,2	p:0,269

Çalışma grubundaki kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının sağlık ve menstruasyon özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.3.2.'de verilmiştir.

Daha önce geçirilmiş kadın hastalığı olanlarda anksiyete puanları daha olumsuz yöndedir ve daha önce depresyon öyküsü olan kadınlarda da depresyon ve anksiyete puanları olumsuz yöndedir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). İnfertil olan ve olmayan kadınların halen depresyon tedavisi görme, adet düzensizliği yaşama, adet düzensizliğine yönelik tedavi görme ve sigara kullanma durumuna bakıldığında depresyon ve anksiyete puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.3. Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Belirleyicilerinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi (Enter Metod)

	Depresyon Toplam		Anksiyete Toplam	
Belirleyiciler	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**
Eşin öğrenim durumu (ortaokul mezunu)	0,211	**0,000**	0,119	**0,047**
Gelir durumu algısı (kötü)	0,153	**0,011**	0,197	**0,001**
Daha önce geçirilmiş kadın hastalığı (evet)	0,141	**0,018**	0,195	**0,001**
Daha önceki depresyon öyküsü (evet)	0,253	**0,000**	0,232	**0,000**
İnfertilite durumu (var)	-0,023	0,706	-0,031	0,600
	R: 0,413 R^2:0,171 Adjusted R^2:0,153		R: 0,402 R^2:0,162 Adjusted R^2:0,144	

Kadınlarda depresyon ve anksiyete puanlarının belirleyicilerinin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi çizelge 3.3.3'de sunulmuştur.

İnfertilite durumunun depresyon ve anksiyete durumu ile ilişkisinin incelenmesinde tek değişkenli analizde önemli bulunan (eşin ortaokul mezunu, gelir durumu algısının kötü, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsü, infertil olma) diğer değişkenlerle birlikte çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan incelemede eşin öğrenim durumu, gelir durumu algısı, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsünün depresyon ve anksiyete puanlarında önemli belirleyiciler olduğu bulunmuştur. Belirleyicilerin depresyon puanlarındaki değişimin %17'sini anksiyete puanlarındaki değişimin %16'sını açıkladığı saptanmıştır. Çok değişkenli analiz infertilite durumunun depresyon ve anksiyete puanlarında önemli bir faktör olmadığını göstermiştir.

3.4. İnfertil Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerinin Depresyon ve Anksiyete Puanları İle İlişkisi

Bu bölümde infertil kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkisine ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.4.1. İnfertil Kadınların Depresyon ile Depresyonun Alt Boyutları ve Anksiyete Puanlarının İnfertilite Öyküsü ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı

	Performansta bozulma	Kendi kendine olumsuz duyguları	Somatik rahatsızlık	Suçluluk duyguları	Depresyon Puanı	Anksiyete Puanı
Daha Önce Gebelik Geçirme Durumu (n:143)						
Evet	4,5±3,4	2,3±3,0	2,0±2,2	1,4±1,7	10,4±9,0	12,2±10,7
Hayır	4,8±3,3	2,3±2,4	2,1±1,9	1,7±1,9	11,0±7,7	12,6±9,1
Test ve p değeri	*t:0,389 p:0,698*	*t:0,68 p:0,932*	*t:0,158 p:0,875*	*t:0,887 p:0,378*	*t:0,407 p:0,698*	*t:0,235 p:0,815*
Gebeliğin Kendiliğinden ya da Tedaviyle Gerçekleşme Durumu (n:41)						
Kendiliğinden	4,9±3,5	2,1±2,5	1,7±1,9	1,5±1,3	10,3±7,9	11,0±9,6
Tedaviyle	4,0±3,4	2,5±3,6	2,5±2,6	1,2±2,1	10,4±10,6	13,9±12,1
Test ve p değeri	*t:0,817 p:0,419*	*t:0,448 p:0,658*	*t:1,162 p:0,255*	*t:1,578 p:0,569*	*t:0,031 p:0,975*	*t:0,830 p:0,413*
Daha Önceki Gebeliğin Sonlanma Durumu (n:41)						
Düşük	5,1±3,8	2,9±3,6	2,5±2,6	1,8±2,0	12,4±10,4	14,5±12,0
Küretaj	4,7±2,6	1,8±1,5	1,7±1,6	1,3±1,1	9,7±5,5	8,2±5,4
Doğum	2,6±2,5	0,8±1,3	1,0±1,1	0,3±0,7	4,8±3,6	8,8±8,6
Test ve p değeri	*F:1,675 p:0,201*	*F:1,51 8 p:0,232*	*F:1,475 p:0,242*	*F:2,138 p:0,132*	*F:2,264 p:0,118*	*F:1,581 p:0,219*
İnfertilite Nedeni (n:143)						
Kadın	4,7±3,4	2,0±2,2	2,0±1,9	1,6±1,6	10,4±7,3	12,6±8,6
Erkek	4,9±3,3	2,4±2,8	2,2±2,8	1,5±2,0	11,1±9,0	10,7±10,1
Her ikisi	4,7±3,3	2,8±3,0	2,1±1,8	1,7±2,1	11,4±8,9	13,1±10,7
Test ve p değeri	*F:0,045 p:0,956*	*F:1,456 p:0,237*	*F:0,040 p:0,961*	*F:0,098 p:0,906*	*F:0,246 p:0,782*	*F:0,505 p:0,605*
Tedavi Özgeçmişi (n:143)						
Daha önce hiç tedavi almamış	3,8±2,9	1,8±2,2	1,5±1,6	1,3±1,7	8,5±7,5	10,1±8,2
Hormon tedavisi	3,5±3,7	2,6±2,9	3,0±2,4	2,1±2,1	13,3±8,7	14,3±10,4
Aşılama	7,0±2,7	2,5±1,9	1,9±1,7	2,3±2,3	13,9±6,5	14,0±8,7
Hormon tedavisi +Aşılama	4,5±3,4	2,0±2,2	1,8±1,7	1,5±1,6	10,0±7,6	13,1±9,8
Hormon tedavisi +Aşılama + IVF	4,2±2,9	3,1±3,4	2,4±2,2	1,2±1,8	11,0±9,0	11,7±10,1
Test ve p değeri	*F:2,659* ***p:0,035****	*F:1,004 p:0,408*	*F:2,751* ***p:0,031****	*F:1,416 p:0,232*	*F:1,929 p:0,109*	*F:0,960 p:0,432*
Şu Andaki Tedavi Aşaması (n:143)						
Hormon tedavisi	4,7±3,5	2,4±2,8	2,2±2,2	1,6±1,9	11,0±8,9	11,7±10,0
Aşılama	5,1±3,1	2,0±2,0	1,7±1,5	2,0±2,1	10,9±7,3	15,2±8,5
IVF (Tüp bebek)	4,5±2,9	2,3±2,1	2,1±1,7	1,1±1,1	10,1±5,6	12,0±8,8
Test ve p değeri	*F:0,257 p:0,774*	*F:0,348 p:0,707*	*F:0,675 p:0,511*	*F:1,558 p:0,214*	*F:0,097p:0,908*	*F:1,478 p:0,232*

* p<0,05

İnfertil kadınların depresyon ile depresyonun alt boyutları ve anksiyete puanlarının infertilite öyküsü ve tedavi özelliklerine göre dağılımı çizelge 3.4.1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların tedavi özgeçmişinin depresyon alt boyutlarından performansta bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde tedavi özgeçmişinde aşılama yaşayanların puanlarının daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Benzer şekilde tedavi özgeçmişinin depresyon alt boyutlarından somatik rahatsızlık ile ilişkili olduğu bulunmuş ancak Tukey HSD analizleri gruplar arasında farklılık olmadığını göstermiştir. Bunun yanında daha önce gebelik geçirme, geçirilen gebeliğin kendiliğinden ya da tedavi ile gerçekleşmesi, daha önceki gebeliğin sonlanma durumu, infertilite nedeni, şu andaki tedavi aşaması durumunun depresyon toplam puanı, alt boyutları ve anksiyete toplam puanı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Çizelge 3.4.2. İnfertil Kadınların Depresyon ile Depresyonun Alt Boyutları ve Anksiyete Puanlarının İnfertilite Konusunda Bilgi ve Düşüncelerine Göre Dağılımı

	Performansta bozulma	Kendi kendine olumsuz duyguları	Somatik rahatsızlık	Suçluluk duyguları	Depresyon Puanı	Anksiyete Puanı
İnfertilite Tedavisi Konusunda Bilgi Alma						
Evet	4,8±3,3	2,4±2,3	2,3±2,1	1,7±1,8	11,2±7,8	13,7±9,6
Hayır	4,6±3,4	2,2±2,9	1,8±1,8	1,5±1,9	10,4±8,4	11,1±9,3
Test ve p değeri	*t:0,311 (p:0,756)*	*t:0,256 (p:0,798)*	*t:1,233 (p:0,220)*	*t:0,433 (p:0,666)*	*t:0,617 (p:0,538)*	*t:1,668 (p:0,098)*
İnfertilite Tedavisi Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olma (Kadının düşüncesi)						
Yeterli	4,6±3,4	1,9±2,1	2,1±2,0	1,3±1,5	10,1±7,2	12,7±9,8
Yetersiz	4,8±3,3	2,7±2,9	2,0±2,0	1,9±2,1	11,6±8,9	12,2±9,3
Test ve p değeri	*t:0,304 (p:0,761)*	*t:1,72 9(p:0,086)*	*t:0,170 (p:0,865)*	*t:1,921 (p:0,057)*	*t:1,08 3(p:0,281)*	*t:0,290 (p:0,772)*
Tedavi Süreci ile İlgili Duygular						
Olumlu	3,7±3,0	1,5±1,6	1,7±1,8	1,1±1,5	8,2±6,1	10,2±7,5
Olumsuz	7,1±3,1*	3,8±3,0*	3,3±2,5*	2,4±2,2*	16,8±8,2*	19,3±11,0*
Emin değil	4,8±3,3	2,8±3,1*	1,9±1,7	2,0±1,9*	11,6±9,0	12,0±9,7
Test ve p değeri	*F:11,786* ***p:0,000****	*F:10,060* ***p:0,000****	*F:7,474* ***p:0,001****	*F:5,938* ***p:0,003***	*F:13,805* ***p:0,000****	*F:10,56* ***p:0,000****
Evlat Edinme Düşüncesi						
Evet	4,7±3,3	3,4±2,5	3,2±3,3*	1,6±1,5	13,0±8,5	13,2±10,6
Hayır	4,8±3,4	2,2±2,6	2,0±1,8*	1,6±1,9	10,6±8,2	11,9±9,1
Emin değil	4,5±3,0	1,8±1,9	1,6±1,4	1,7±1,6	9,8±6,6	15,4±11,0
Test ve p değeri	*F:0,042 (p:0,959)*	*F:1,969 (p:0,143)*	*F:3,635* ***p:0,029****	*F:0,048 p:0,954*	*F:0,807 p:0,448*	*F:1,099 p:0,336*
İnfertil Olmanın Yaşamı Etkileme Durumu						
Fazla etkilenmedim (Etkilenmeyen)	2,6±2,3	0,7±1,0	1,4±1,8	0,7±1,1	5,6±4,9	6,2±4,8
Çok üzüldüm, baskı altında ve suçlu hissettim* (Etkilenen)	5,4±3,4	2,8±2,7	2,3±2,0	1,9±1,9	12,5±8,2	14,5±9,8
Test ve p değeri	*t:5,315* ***p:0,000 ****	*t:6,676* ***p:0,000****	*t:2,354* ***p:0,022***	*t:4,181* ***p:0,000****	*t:5,934* ***p:0,000****	*t:6,591* ***p:0,000****
İnfertilite Tedavi Sürecinde Destek Kaynağı						
Eşi ve ailesi	4,5±3,3	2,1±2,2	1,9±1,7	1,5±1,7	10,1±7,3	11,9±9,3
Kendi ailesi	4,9±3,0	2,8±2,6*	3,0±3,3*	1,5±2,3	12,3±10,0*	15,3±11,6
Destek yok	7,2±3,1	4,8±4,9*	3,8±2,8*	2,7±2,7	18,7±11,6*	16,4±9,2
Test ve p değeri	*F:2,651 (p:0,074)*	*F:5,227* ***p:0,006****	*F:5,490* ***p:0,005****	*F:1,729 (p:0,181)*	*F:5,210* ***p:0,007 ****	*F:1,47 5(p:0,232)*

*p<0,001

İnfertil kadınların depresyon ile depresyonun alt boyutları ve anksiyete puanlarının infertilite konusundaki bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı çizelge 3.4.2'de verilmiştir.

İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının depresyon toplam ve alt boyut puanları ve anksiyete puanı ile ilişkili olduğu, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duygusu olanların puanlarının daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde evlat edinmeyi düşünenlerin somatik rahatsızlık alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu ile ilgili olarak "çok üzüldüm, baskı altında ve suçlu hissettim" şeklinde düşünenlerin depresyon ve alt boyutları olan performansta bozulma, kendi kendine olumsuz duyguları, somatik rahatsızlık, suçluluk duyguları ile anksiyete puanlarının daha olumsuz yönde ve istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İnfertilite tedavi sürecinde destek kaynağı olmayan ya da eşi dışındaki kişilerden destek almayanlarda depresyon toplam ve alt boyutlarından kendi kendine olumsuz duyguları, somatik rahatsızlık puanları daha olumsuz yönde ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun yanında infertilite tedavisi konusunda bilgi alma, tedavi konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumunun depresyon toplam puanı, alt boyutları ve anksiyete toplam puanı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Çizelge 3.4.3. İnfertil Kadınlarda Depresyon ile Depresyonun Alt Boyutları ve Anksiyete Puanlarının Belirleyicilerinin Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi (Enter Metod)

	Performansta bozulma		**Kendi kendine olumsuz duyguları**		**Somatik rahatsızlık**		**Suçluluk duyguları**		**Depresyon Puanı**		**Anksiyete Puanı**	
Belirleyiciler	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**	**Std. β**	**p**
Tedavi Özgeçmişi (Aşılama)	0,166	**0,029**	-0,002	0,983	-0,039	0,618	0,088	0,283	0,079	0,288	0,001	0,988
İnfertil Olmanın Yaşamı Etkileme Durumu (Etkiledi)	0,261	**0,001**	0,267	**0,001**	0,092	0,254	0,215	**0,011**	0,268	**0,001**	0,308	**0,000**
Tedavi Süreci ile İlgili Duygular (Olumsuz)	0,271	**0,001**	0,218	**0,006**	0,289	**0,000**	0,136	0,106	0,289	**0,000**	0,292	**0,000**
Evlat Edinme Düşüncesi (Evet)	-0,027	0,724	0,121	0,122	0,207	**0,010**	-0,037	0,654	0,071	0,348	0, 016	0,833
İnfertilite Tedavi Sürecinde Destek Kaynağı Destek yok)	0,124	0,111	0,159	**0,046**	0,128	0,113	0,115	0,173	0,161	**0,036**	0,011	0,886
	R: 0,493 R^2:0,243 Adjusted R^2:0,215		R: 0,462 R^2:0,214 Adjusted R^2:0,185		R: 0,425 R^2:0,181 Adjusted R^2:0,151		R: 0,335 R^2:0,112 Adjusted R^2:0,080		R: 0,508 R^2:0,258 Adjusted R^2:0,231		R: 0,467 R^2:0,218 Adjusted R^2:0,189	

İnfertil kadınlarda depresyon ile depresyonun alt boyutları ve anksiyete puanlarının belirleyicilerinin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi çizelge 3.4.3'de sunulmuştur.

Tek değişkenli analizde önemli bulunan değişkenler (tedavi özgeçmişinde aşılama uygulanması, infertil olmanın yaşamı etkilemesi, tedavi ile ilgili duyguların olumsuz olması, evlat edinmeyi düşünmesi, tedavi sürecinde desteğin olmaması ya da eşin dışındaki kişilerden destek almaması) depresyon ve anksiyete puanlarının belirleyicileri olarak çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan incelemede depresyon alt boyutlarından performansta bozulmanın belirleyicilerinin tedavi özgeçmişi, infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve tedavi süreci ile ilgili olduğu bulunmuş, sözkonusu değişkenlerin performansta bozulma üzerinde %24 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır. Depresyon alt boyutlarından, kendi kendine olumsuz duyguların belirleyicilerinin infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ve destek kaynağı ile ilgili olduğu bulunmuş, bu değişkenlerin kendi kendine olumsuz duyguları üzerine %21 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır. Depresyon alt boyutlarından, somatik rahatsızlık belirleyicilerinin tedavi süreci ve evlat edinme ile ilgili olduğu bulunmuş, söz konusu değişkenlerin somatik rahatsızlık üzerine %18 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır. Depresyon alt boyutlarından, suçluluk duygularının belirleyicilerinin infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ile ilgili olduğu bulunmuş ve bu değişkenin suçluluk duyguları üzerine %11 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır. Depresyon toplam puanı belirleyicilerinin infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ve destek kaynağı ile ilgili olduğu bulunmuş, bu değişkenlerin depresyon puanı üzerine %25 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır. Anksiyete toplam puanı belirleyicilerinin infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve tedavi süreci ile ilgili olduğu bulunmuş, söz konusu değişkenlerin anksiyete puanı üzerine %21 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Hem infertilite durumu hem de infertilite tedavisi için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve duygusal enerjisini tüketerek, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (Akçin 2005, Akyüz 2001, Albayrak ve Günay 2007, Güz ve ark. 2003, Gülseren ve ark. 2006, Gürbüz 2007, Fassino ve ark. 2002, Lee ve ark. 2001, Özkan ve Baysal 2006, Ramezanzadeh ve ark. 2004). İnfertilite sorunu olan kadınların depresyon ve anksiyete yaşama durumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Araştırma grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri,

4.2. İnfertil olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon, depresyon ve anksiyete durumları,

4.3. Kadınların depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkili faktörler,

4.4. İnfertil kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkisi

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 31,0±7,0 eşlerinin yaş ortalamasının 34,0±7,4 olduğu saptanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğu (%61,7) okuryazar+ilkokul mezunu, %87,2'si ev hanımıdır. Eşlerinin %44,9'u OYD+Okuryazar+ilkokul mezunu, %30,5'i işçi ve %51'i işsiz, serbest ve emeklidir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %58'inin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yerin il merkezi olduğu, %55,6'sının tedavinin yapıldığı merkezde oturmakta olduğu ve çoğunun (% 75,7) çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. Ailelerin aylık gelir ortalamasının 1026,1±741,8 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yalnızca %18,5'i gelir durumunu iyi olarak algılarken, %68,7'si orta olarak algıladığını ifade etmiştir. Çoğunluğun (%88,5) sağlık güvencesi vardır ve tedavi masraflarını karşılamaktadır (Çizelge 3.1.1). Araştırma kapsamına alınan kadınların evlenme yaş ortalaması

20,9±4,0 ve evlilik süresi ortalaması 10,0±7,5 yıldır, çoğunluğu (%93,4) görücü usulü isteyerek - anlaşarak evlendiğini ifade etmiştir (Çizelge 3.1.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların, %86,4'ü daha önceden geçirilmiş kadın hastalığının bulunmadığını, %93,0'ü sürekli kullandığı bir ilaç olmadığını ifade etmiştir. Kadınların %88,1'inin daha önce depresyon yaşamadığı, daha önce depresyon öyküsü olanlardan (%11,9), %9,9'unun geçmişte tedavi gördüğü ve %98,8'inin halen depresyon tedavisi görmediği tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.2). Çalışma kapsamına alınan kadınların ilk menstruasyon olma yaşının 13,3±1,3, menstrual siklus süresinin 28,4±14,8 gün ve menstruasyon süresi ortalamasının 5,7±1,7 gün olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %36,2'sinin adet düzensizliği yaşadığı ve bunların %77'sinin adet düzensizliğine yönelik tedavi görmediği saptanmıştır. Kadınların %91,8'i sigara kullanmadığını ifade etmiştir (Çizelge 3.1.2).

Çalışmaya katılan infertil kadınların %71,3'ünün daha önce gebelik geçirmediği (primer infertilite), %28,7'sinin daha önce gebelik geçirdiği (sekonder infertilite) tespit edilmiştir. Gebelik geçiren kadınların %58,5'i gebeliğin kendiliğinden gerçekleştiğini ve % 61'i gebeliğin düşükle, %19,5'i doğumla sonuçlandığını belirtmiştir (Çizelge 3.1.3). Çalışma bulgusuna benzer olarak Sömek (2008) çalışmasında infertil kadınların %28,7'sinin gebelik geçirdiğini, %23'ünün düşük/kürtaj öyküsünün bulunduğunu saptamıştır. Kuş (2008) çalışmasında infertilite sorunu olan kadınların %11,2'sinin yaşayan çocuk ve düşük öyküsünün bulunduğunu belirtmiştir. Karanisoğlu (1994)'nun çalışmasında ise %71,8'inin hiç gebe kalmadığı, %21,9'unun gebeliğinin düşükle, %4,5'inin kürtajla, %1,8'nin doğumla sonuçlandığı bildirilmiştir. Volgsten ve ark. (2007)'nın çalışmasında infertil kadınların %70'inin gebelik geçirmediği, Smeenk ve ark. (2001)'nın çalışmasında ise infertil kadınların %65'inin gebelik geçirmediği, %35'inin gebelik geçirdiği ve gebeliğin %19'unun abortusla, %26'sının doğumla sonuçlandığı bildirilmiştir. Taşçı ve ark.(2008)'nın çalışmasında da kadınların %86,6'sı gebelik yaşamadığını belirtmiştir. Çalışma bulgularına göre primer infertilitenin daha yüksek oranda görüldüğü söylenebilir.

İnfertilite sorununun kimden kaynaklandığına bakıldığında %49,7'sinin kadından, %15,4'ünün erkekten, %35'inin ise her ikisinden kaynaklandığı tespit

edilmiştir (Çizelge 3.1.3). Literatürde bu konuda oldukça farklı bildirimler vardır. Yapılan çalışma ile benzer olarak kadın faktörünün yüksek olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Asan 2007, Kuş 2008, Oğuz 2004, Volgsten ve ark. 2005). Albayrak ve Günay (2007)'ın çalışmasında infertilite sorununun %48,7'sinin kadından, %36,7'sinin erkekten, %5,3'ünün her ikisinden kaynaklandığı bildirilmiştir. Çalışmadan farklı olarak erkek faktörünün yüksek olduğu çalışmalar da vardır. Akyüz (2001), Eren (2008), Kılınç (2007), Taşcı ve ark. (2008), Verhaak ve ark. (2005) çalışmalarında erkek faktörünü daha yüksek bulmuşlardır. Kadın üreme organlarının anatomik yapısı nedeniyle enfeksiyonlara ve jinekolojik problemlere daha yatkın olması ve sorunların ihmal edilmesi kadın faktörünün yüksek olmasında etken olabilir.

Tedavi özgeçmişine bakıldığında, %23,8'inin daha önce hiç tedavi almadığı, %21,7'sinin hormon tedavisi, %7,7'sinin aşılama, %30,8'inin hormon tedavisi + aşılama, %16,1'nin hormon tedavisi+aşılama+IVF tedavisi aldığı ve kadınların büyük çoğunluğunun (%63,6) şu anda hormon tedavisi aşamasında olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.1.3). Asan (2007) çalışmasında infertil kadınların tedavi özgeçmişinde %38,9'unun aşılama, %50,1'inin IVF-ET tedavisi aldığını belirtmiştir. Sömek (2008)'in çalışmasında ise infertil kadınların %10'u tüp bebek, %12,5'i hormon, %77,5'i aşılama tedavisi aldığını belirtmiş ve çalışmanın yapıldığı dönemde de %72,5'i tedavinin tüp bebek aşamasında olduğunu belirtmiştir. Eren (2008) çalışmasında kadınların %45,1'nin hiç tedavi almadığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar kadınların benzer tedavi süreçlerinden geçtiğini göstermektedir.

İnfertilite tedavisi konusunda herhangi bir bilgi aldınız mı sorusuna kadınların %53,8'i evet, %46,2'si hayır cevabını vermiştir. Kadınların çoğu bilgiyi doktor-hemşireden (%80,5) aldıklarını, %52,4'ü infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmiştir (Çizelge 3.1.4). Sömek (2008) çalışmasında kadınların %56,8'inin uygulanan tedaviler hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Akyüz (2001)'ün çalışmasında ise kadınların %80,6'sı tedavi gördüğü üniteden her zaman sorularına tatmin edici yanıt aldıklarını belirtmişlerdir. Ataman (2007)'ın çalışmasında kadınların %96'sı infertilite konusunda yeterli bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular eğitim düzeyine bağlı olmaksızın tedaviye başlamadan önce çiftlere tedavi hakkında yeterli bilgi verildiğini düşündürmektedir.

İnfertil kadınlardan, infertilite tedavisi konusunda bilgi alanların yalnızca 3'ünün hemşireden bu bilgiyi aldığını ifade etmesi dikkat çekicidir (Çizelge 3.1.4). İnfertilite kliniklerinde çalışan hemşirelerin yeterli sayıda olmadıkları düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %51,7'si tedavi süreci ile ilgili duygularının olumlu olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.1.4). Akyüz (2001) çalışmasında kadınların çoğunluğunun (%69,4) tedavi ile ilgili olumlu duygularının olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde Lintsen ve ark.(2009)'nın yaptığı çalışmada da duyguların olumlu olduğu belirlenmiştir. Tedavi sonrası yüksek beklenti düzeyinin duyguları olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

İnfertil kadınların %74,8'i evlat edinmeyi düşünmediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.1.4). Evlat edinmeyi düşünmeme oranını Akyüz (2001) %52,8, Ataman (2007) %66,7, Kızılkaya (1987) %71,4, Oğuz (2004) %78,4 olarak tespit etmiştir. Kadınların evlat edinmeyi düşünmeme nedenlerinin halen tedavi görüyor olmaları nedeniyle kendi çocuklarına sahip olma şanslarının olmasından ve genç yaşta olmalarından (29,5±5,9) kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanında kadınlar için kendi çocuğuna sahip olmanın önemli olduğu, yerinin evlat edinilerek doldurulamayacağı görüşünde oldukları da düşünülebilir.

Çalışmaya katılan infertil kadınların %72'si infertil olmaktan dolayı çok üzüldüklerini, çevre baskısı ve suçluluk hissettiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.1.4). Sömek (2008)'in çalışmasında kadınların %65,9'u çocuk sahibi olamamaktan dolayı çok üzüldüklerini, mutsuz olduklarını, sürekli ağladıklarını ve boşanmaktan korktuklarını ifade etmişlerdir. Akyüz (2001)'ün çalışmasında kadınların %69,2'si infertilite ile ilgili sorunları oldukça yoğun yaşadıklarını, çevre ve ailelerinden baskı hissettiklerini ifade etmişlerdir. Monga ve ark. (2004)'nın yaptıkları çalışmada infertil çiftlerin %83,3'ü, çocuk sahibi olma konusunda çevre baskısından rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Oddens ve ark. (1999) infertil kadınların en yüksek oranda yaşadıkları duyguların %62,7 şok, %77 utanma, sıkılma, %73,3 öfke, %87,2 neden ben, %77,9 baskı hissetme olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar Güz ve ark. (2003), Gülseren ve ark. (2006), Kuş (2008) ve Sömek (2008)'in çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Farklı kültürlerde olsa bile gebeliğin evliliğin önemli bir beklentisi olduğu ve bu nedenle infertil kadınların infertilite nedeniyle üzüldükleri, suçluluk ve toplumsal baskı hissettikleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu (%85,3) tedavi süresince en büyük desteği eşi ve ailesinden aldığını ifade etmiştir (Çizelge 3.1.4). Sömek (2008)'in çalışmasında kadınların %99,7'si eşlerinden, %79,5'i ailelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Taşcı ve ark. (2008)'nın çalışmasında da benzer şekilde %93,1 oranında eş desteği belirlenmiştir. Akyüz (2001)'ün çalışmasında, IVF-ET tedavisine devam eden çiftler, infertiliteyi bir aile problemi olarak gördükleri için kimsenin duymasını istemediklerini belirtmişler ve en büyük desteği eşlerinden aldıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların infertilite ile başa çıkmada kendini açma ve sosyal destek kullandıkları, infertilitenin çiftleri yakınlaştırdığı, birbirlerine olan desteği artırdığı ve evliliğin gelişimine katkıda bulunduğunu belirten çalışmalar vardır (Matsubayashi 2004, Ramazanzadeh ve ark. 2004, Schmidt 2005). Bu çalışmalar aynı zamanda kadınların eşlerinden aldıkları desteğin infertilite ile ilgili sorunlar üzerinde olumlu sonuçları olduğunu da belirtmektedir. Aileye bir çocuğun katılmasıyla aile olma süreci, toplumsal olarak kabul gören ve yakın aile çevresi tarafından desteklenen bir olaydır. Sosyal destek oranlarının yüksek olmasının bu kültürel düşünce tarzıyla ilişkili olduğu ve bu durumun kadının tedavi sürecinde yaşadığı güçlüklerle baş etmesinde olumlu bir faktör olduğu düşünülmüştür.

4.2. İnfertil Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-demografik, Sağlık, Menstruasyon, Depresyon ve Anksiyete Durumları

Bu bölümde infertil grup ile fertil grubun sosyo-demografik, sağlık, menstruasyon, depresyon ve anksiyete durumlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan infertil kadınların yaş ortalaması 29,5±5,9, fertil kadınların yaş ortalaması 33,3±7,8'dir (Çizelge 3.2.1). İncelenen özellik başka araştırmaların çalışma grupları ile benzerlik göstermektedir (Akyüz 2001, Eren 2008, Fassino ve ark. 2002, Kavlak ve Saruhan 2002, Oddens ve ark. 1999, Tashbulatova 2007, Taşcı ve ark. 2008). İnfertil kadınların yaş açısından biyolojik olarak gebe kalma ihtimallerinin yüksek olduğu bir dönemde oldukları ve bu durumun tedavi başarısı yönünden önemli olduğu söylenebilir. İnfertil kadınların eşlerinin yaş ortalaması 32,0±6,4, fertil kadınların eşlerinin yaş ortalaması 36,9±7,8 olarak tespit edilmiştir (Çizelge 3.2.1). Çalışma Akyüz (2001) ve Kuş (2008)'un çalışmasındaki bulgularla

benzerlik göstermektedir. Yine infertil kadınların eş yaşlarının yüksek olmamasının da infertilite tedavisinin başarısı açısından önemli olduğu düşünülebilir.

İnfertil kadınların evlenme yaşı 21,9±4,3, fertil kadınların evlenme yaşı 19,5±3,0'dır. Evlilik süresine bakıldığında infertil kadınların evlilik süresi 7,5±5,6, fertil kadınların evlilik süresi 13,4±8,6, bulunmuştur (Çizelge 3.2.1). İnfertil ve fertil kadınların evlenme yaşları ve evlilik süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Çalışma bulgusuyla benzer şekilde evlilik ortalamalarını Akyüz (2001) 7,3, Ataman 6,3±2,7, Akçin (2005) 9,2±5,9, Karanisoğlu 7,8±4,9, Kılınç (2007) 8,3±4,7, Taşcı ve arkadaşları 8,35, 9,4±4,5 olarak tespit etmişlerdir. Evlilik süresinin daha uzun olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (Albayrak ve Günay 2007, Gürbüz 2007, Oddens ve ark. 1999), evlilik süresinin daha kısa olduğunu bildiren çalışmalar da (Kuş 2008, Tashbulotova 2007, Chen ve ark. 2004) vardır. İnfertilite sorununun günümüzde yazılı ve görsel basında daha çok konuşulur hale gelmesiyle sorunu yaşayan bireylerin gelişmelerden hemen haberdar olmaları ve infertilite merkezlerinin reklam ve tanıtımlarının etkisi ile daha kısa sürede çocuk sahibi olmak istedikleri düşünülmüştür. Bunun yanında günümüzde infertilite ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda tanı ve tedavi seçeneklerinin çoğalması, çiftlerin sorunlarını daha erken dönemde fark etmelerinde etkili olabilir.

Araştırma kapsamına alınan infertil olan ve olmayan kadınların, öğrenim durumu, eşinin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşinin mesleği, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı merkezde oturma, aile tipi, aylık gelir, gelir durumu algısı ve sağlık güvencesi yönünden farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). İnfertil olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik özellikler açısından benzer olması depresyon ve anksiyete puanlarını karşılaştırma yönünden olumlu bir durumdur (Çizelge 3.2.1). Çalışmaya katılan infertil kadınların %71,3'ü çekirdek aile yapısına sahiptir. Toplumumuzda infertil çiftler üzerinde görülen aile baskısı, özellikle de kayınvalidenin gelin üzerindeki baskısı göz önüne alındığında çekirdek aile oranının yüksek olması eşlerin aile baskısından uzak kalması ve bağımsız kararlar alabilmesi yönünden olumlu bir bulgudur. İnfertil kadınların çalışma oranlarının düşük olması (%12,6) Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Eren 2008, Gürbüz 2007, Kavlak ve Saruhan 2002, Kızılkaya 1987, Kuş 2008, Sömek 2008). İnfertil bireylerin büyük çoğunluğunun (%86,7) sosyal güvencesinin olması ise

tedavi giderlerinin yüksek olduğu infertilite tedavisinde masrafların karşılanması ve tedavinin devamlılığı açısından önemlidir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların ortalama siklus süresi infertil kadınlarda 28,0±11,4 gün, fertil kadınlarda 29,1±18,7 gündür. Adet düzensizliği yaşama (%43,4) ve adet düzensizliğine yönelik tedavi görme (%30,1) oranı infertil kadınlarda daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Düzensiz adet görmenin özellikle kadın nedenli infertilite vakalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. İnfertil ve fertil kadınlar arasında daha önce geçirilmiş kadın hastalığı, sürekli kullanılan ilaç olması durumu, daha önceki depresyon öyküsü ve sigara kullanma yönünden istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma bulguları Kuş (2008)'un çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Sigara, alkol, ilaç ve madde kullanımı gibi çeşitli faktörlerin üreme fonksiyonları üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Çalışmada sigara ve ilaç kullanma oranlarının düşük olmasının olumlu bir durum olduğu düşünülmüştür. Daha önce depresyon öyküsü olan infertil kadınların (%9,1), %61,5'inin, daha önce depresyon öyküsü olan fertil kadınların (%16) tamamının, daha önce depresyon tedavisi gördüğü tespit edilmiştir. Halen depresyon tedavisi görme oranı, fertil kadınlarda (%2) infertil kadınlara (%0,7) göre daha yüksektir. Ancak gözlerdeki küçük değerler nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır (Çizelge 3.2.2).

.

Çalışmada toplam depresyon puan ortalaması infertil kadınlarda 10,4±7,8, infertil olmayan kadınlarda 11,1±8,7, anksiyete puan ortalamaları ise infertil kadınlarda 12,5±9,5 infertil olmayan kadınlarda 13,6±9,6 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.2.3). İnfertil ve fertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete toplam puanları yönünden farklılık olmaması infertil kadınların tedaviye uyumlarını göstermesi açısından önemlidir. infertilite sürecinin uzun ve yıpratıcı bir süreç olduğu dikkate alınırsa, kadınların evlilik süresinin uzun olmaması (7,5±5,6) henüz tedavinin başında olduklarını ve ruhsal yönden daha az yıprandıklarını düşündürmüştür. Bunun yanında infertil kadınların tedavi ile ilgili duygularının olumlu olması tedavi süreci ile baş etmede kullandıkları bir savunma mekanizması olabilir.

Çalışma bulgusuna benzer şekilde infertil ve fertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete puanlarının farklı olmadığı çalışmalar vardır (Ak 2001, Akçin 2005, Akyüz 2001, Eren 2008, Fekkes ve ark. 2003, Lintsen ve ark. 2009, Smeenk 2005, Oğuz 2004, Yılmaz 2006). Çalışma bulgularından farklı olarak depresyon ve anksiyete seviyesinin yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Gülseren ve ark. 2006, Gürbüz 2007, Lee ve ark. 2001, Matsubayashi ve ark. 2001, Ramezanzadeh ve ark. 2004).

İnfertil kadınlar ile fertil kadınlar arasında depresyon alt boyutlarından performansta bozulma ve kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları puanları yönünden fark bulunmamıştır. İnfertil kadınlarda depresyon alt boyutlarından somatik rahatsızlık puanı (2,1 ±2,0) fertil kadınlara göre (3,0 ±2,8) daha düşük iken, suçluluk duyguları puanları infertil kadınlarda (1,6 ±1,8) fertil kadınlara göre (1,2 ±1,4) daha yüksektir (Çizelge 3.2.3) ($p<0,05$). İnfertilitenin psikolojik etkileri konusunda yapılmış olan çalışmalarda da belirtildiği gibi, özellikle destek faktörleri olmayan, infertilite ve getirdiği sorunlar ile baş edemeyen bireylerin anksiyete, öfke, yalnızlık, suçluluk, yetersizlik vb. duygular yaşaması kolaylaşmaktadır (Ak 2001, Akyüz 2001, Cscmıczky ve ark. 2000, Karabiber ve ark.1990, Özkan ve Baysal 2006). Gürbüz (2007) ve Kuş (2008)'un çalışmasında da infertil kadınlarda infertilite nedeniyle suçluluk duygusunun önemli oranda yüksek olduğu bildirilmektedir. İnfertil kadınların kısa sürede çocuk sahibi olmak istemeleri ve bu isteği karşılayamıyor olmalarının suçluluk hissetmede etkili olduğu düşünülebilir. Bazı evliliklerde infertilite süreci özellikle suçluluk ve yetersizlik duyguları nedeniyle eşlerin birbirinden uzaklaşmasına ve ilişkilerinin zedelenmesine neden olabilir.

4.3. Kadınların Depresyon ve Anksiyete Puanları ile İlişkili Faktörler

Bu bölümde çalışma grubundaki kadınların depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkili faktörlere ait bulgular tartışılmıştır.

Kadınların eşlerinin öğrenim durumu anksiyete puanı yönünden önemli bulunmazken, depresyon puanlarının eşi ortaokul mezunu olanlarda daha olumsuz yönde olduğu bulunmuştur. Kadınların gelir durumlarına bakıldığında gelir durumu algısının kötü olmasının anksiyete ve depresyon yaşama durumunu olumsuz yönde

etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.3.1). Çalışma bulgumuza benzer şekilde erkeğin eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığını bildiren çalışmalar vardır (Akçin 2005, Kavlak 2002, Kuş 2008, Oğuz 2004).

Çalışma grubundaki kadınların öğrenimi, mesleği ve eşin mesleği, en uzun yaşanılan yer, tedavinin yapıldığı merkezde oturma, aile tipi, sağlık güvencesinin varlığı yönünden depresyon ve anksiyete puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.3.1). Akyüz (2001) çalışmasında benzer olarak demografik verilerle anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmiştir. Çalışma Ak (2001), Eren (2008), Fekkes ve ark. (2003), Akçin (2005), Lintsen ve ark. (2009), Matsubayashi (2004), Smeenk (2005) ve Oğuz (2004)'un çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışma grubundaki kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının sağlık ve menstruasyon özelliklerine göre dağılımına bakıldığında daha önce geçirilmiş kadın hastalığı bulunması ile anksiyete puanı arasında, daha önce depresyon öyküsünün varlığı ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce sorun yaşadığını söyleyen kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının yaşamayanlara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Kadınların halen depresyon tedavisi görme, adet düzensizliği yaşama, adet düzensizliğine yönelik tedavi görme ve sigara kullanma durumuna bakıldığında depresyon ve anksiyete puanları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak halen depresyon tedavisi görenlerde, adet düzensizliği yaşayanlarda ve sigara kullananlarda depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.3.2).

Tek değişkenli analizde önemli bulunan değişkenler infertilite durumu ile birlikte depresyon ve anksiyete puan belirleyicileri olarak çok değişkenli analizle incelenmiştir. Eşin ortaokul mezunu olması, gelir durumu algısının kötü olması, daha önce geçirilmiş kadın hastalığının olması ve daha önceki depresyon öyküsüyle depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 3.3.3). Söz konusu faktörler depresyon ve anksiyete puanlarında olumsuz yönde değişimde önemli belirleyicilerdir. Eşin ortaokul mezunu, gelir durumu algısının kötü, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsü olmasının

depresyon ve anksiyete yaşamada risk faktörleri olduğu söylenebilir. İnfertilite durumunun çok değişkenli analizde depresyon ve anksiyete de önemli bir belirleyici olmadığının bulunması dikkat çekici bir bulgudur. İnfertilite durumunun depresyon ve anksiyete yaşamada tek başına önemli bir faktör olmadığı söylenebilir.

4.4. İnfertil Kadınların İnfertilite ile İlgili Özelliklerinin Depresyon ve Anksiyete Puanları İle İlişkisi

Yukarıda belirtildiği gibi infertil olmanın depresyon ve anksiyete yaşamada önemli bir faktör olmadığı görülmektedir. Ancak infertil kadınların tedavi özelliklerinin infertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete yaşamada önemli faktörler olabileceği düşünülmüş kadınların infertilite ile ilgili özelliklerinin depresyon ve anksiyete puanları ile ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların tedavi özgeçmişinin depresyon alt boyutlarından performansta bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde tedavi özgeçmişinde aşılama yaşayanların puanlarının daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Benzer şekilde tedavi özgeçmişinin depresyon alt boyutlarından somatik rahatsızlık ile ilişkili olduğu bulunmuş ancak Tukey HSD analizleri gruplar arasında farklılık olmadığını göstermiştir. Bunun yanında daha önce gebelik geçirme, geçirilen gebeliğin kendiliğinden ya da tedavi ile gerçekleşmesi, daha önceki gebeliğin sonlanma durumu, infertilite nedeni, şu andaki tedavi aşaması durumunun depresyon toplam puanı, alt boyutları ve anksiyete toplam puanı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 3.4.1). İnfertilite yaşayan kadınların infertilite tedavi özgeçmişi ile ilgili özellikleri infertil kadınlar arasında farklılık gösterebilir. Bu nedenle infertil kadınların infertilite ile ilgili özellikleri ile tedavi özelliklerinin incelenmesinin, infertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete yaşamada, risk gruplarının belirlenmesi yönünden yararlı olacağı düşünülmüştür.

İnfertil kadınların tedavi süreci ile ilgili duygularının depresyon toplam ve alt boyut puanları ve anksiyete puanı ile ilişkili olduğu, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duygusu olanların puanlarının daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde evlat edinmeyi düşünenlerin somatik rahatsızlık alt boyutu puanları daha yüksek

bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$) (Çizelge 3.4.2). İnfertilite yaşayan kadınların tedavi süreci ile ilgili duyguları, infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, infertilite tedavisi süresince destek kaynağı ile ilgili özellikleri infertil kadınlar arasında farklılık gösterebilir. Bu nedenle infertil kadınların infertilite ile ilgili özellikleri ile infertilite konusundaki duygu ve düşüncelerinin incelenmesinin, infertil kadınlar arasında depresyon ve anksiyete yaşamada risk gruplarının belirlenmesi yönünden yararlı olacağı düşünülmüştür.

Tek değişkenli analizde önemli bulunan değişkenler (tedavi özgeçmişinde aşılama uygulanması, infertil olmanın yaşamı etkilemesi, tedavi ile ilgili duyguların olumsuz olması, evlat edinmeyi düşünmesi, tedavi sürecinde desteğin olmaması) depresyon ve anksiyete puanlarının belirleyicileri olarak çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir (Çizelge 3.4.3). İnfertil kadınlarda tedavi özgeçmişi, infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve tedavi sürecinin, depresyon alt boyutlarından performansta bozulma puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu, *performansta bozulmayı* olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ve destek kaynağının, kendi kendine olumsuz duygular puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu, *kendi kendine olumsuz duyguları* olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Tedavi süreci ve evlat edinme durumunun, somatik rahatsızlıklar puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu, *somatik duyguları* olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumunun ise suçluluk duyguları puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu, *suçluluk duygularını* olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ve destek kaynağının depresyon toplam puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu, *depresyonu* olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve tedavi sürecinin anksiyete puanı ile pozitif yönde ilişkide olduğu ve *anksiyeteyi* olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.3).

İnfertilite sorunu olan kadınlarda anksiyete yaşamada infertil olmanın yaşamı etkilediğini düşünmenin, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duyguya sahip olmanın önemli risk faktörleri olduğu söylenebilir. Depresyon yaşamada ise infertil olmanın yaşamı etkilediğini düşünmenin, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duyguya sahip olmanın, tedavi süresince eş desteği olmamasının önemli risk faktörleri olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda eş ve eşin ailesinden destek görmemenin ruh

sağlığının bozulmasına, depresyon ve anksiyeteye neden olduğu bildirilmektedir (Karlıdere 2007, Matsubayashi ve ark. 2001, Peddie ve ark 2005, Upkong ve Orji 2006). İnfertil kadın için özellikle eşle, duyguların ve kaygıların paylaşılması sorunların aşılmasında büyük yarar sağlar. Birbirine destek olmak ve sorunu birlikte paylaşmak, stresin bir kısmını giderir, çiftin ilişkisini güçlendirir ve infertilitenin kadının ya da erkeğin değil çiftin ortak problemi olduğu bilincinin oluşmasını sağlar. Böylece çift infertilite sürecinin fiziksel ve duygusal güçlüklerini göğüsleyebilir ve birlikte karşılarına çıkabilecek tüm sorunlarla baş edebilecek hale gelebilir. Bu nedenle çiftlere psikolojik hazırlık ve iletişim kalitesini artırmaya yönelik girişimler olmalıdır.

Literatürde infertilitenin depresyonun alt boyutlarına etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmadan elde edilen bilgiler toplam depresyon puanı yüksek olmasa da depresyon alt boyutlarına olan etkileri göstermesi açısından önem taşımaktadır.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 31,0±7,0, çoğunluğunun (%61,7) okuryazar+ilkokul mezunu, %87,2'sinin ev hanımı olduğu ve çoğunun (% 75,7) çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir.

- Çalışmaya katılan infertil kadınların %71,3'ünün gebelik geçirmediği, infertilite sorununun %49,7'sinin kadından, %15,4'ünün erkekten, %35'inin ise her ikisinden kaynaklandığı tespit edilmiştir ve büyük çoğunluğunun (%63,6) şu anda hormon tedavisi aşamasında olduğu tespit edilmiştir.

- İnfertil kadınların %52,4'ünün infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündükleri, %74,8'inin evlat edinmeyi düşünmedikleri, %72'sinin infertil olmaktan dolayı çok üzüldükleri, çevre baskısı ve suçluluk hissettikleri ve tedavi süresince en büyük desteği eşinden ve ailesinden (%85,3) aldıkları tespit edilmiştir.

- İnfertil olan ve olmayan kadınlar arasında yaş ortalaması, eş yaş ortalaması, evlenme yaşı ve evlilik süresi yönünden fark bulunmuştur($p<0.05$).

- Depresyon ve anksiyete toplam puanı yönünden infertil ve fertil kadınlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak fertil kadınlarda depresyon alt boyutlarından somatik rahatsızlık puanı, infertil kadınlarda suçluluk duyguları puanları olumsuz yönde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

- Çalışmaya katılan kadınların gelir durumu algısının kötü olmasının anksiyete ve depresyon yaşama durumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir ($p<0,05$).

- Daha önce geçirilmiş kadın hastalığı olanlarda anksiyete puanları ve daha önce depresyon öyküsü olan kadınlarda da depresyon ve anksiyete puanları olumsuz yönde yüksek bulunmuştur.

- Kadınlarda eşin öğrenim durumu, gelir durumu algısı, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsünün, depresyon ve anksiyete puanlarında olumsuz yönde değişmede önemli belirleyiciler olduğu bulunmuştur.

- İnfertil kadınlardan tedavi süreci ile ilgili olumsuz duygusu olanların ve infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ile ilgili olarak "çok üzüldüm, baskı altında ve suçlu hissettim" şeklinde düşünenlerin depresyon toplam ve alt boyut puanları ve anksiyete toplam puanı daha olumsuz yönde ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

- İnfertilite tedavi sürecinde destek kaynağı olmayanların depresyon toplam puanları olumsuz yönde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

- Depresyon toplam puanı belirleyicilerinin, infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ve destek kaynağı ile ilgili olduğu, anksiyete toplam puanı belirleyicilerinin infertil olmanın yaşamı etkileme durumu ve tedavi süreci ile ilgili olduğu bulunmuştur.

5.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- İnfertilite hemşirelerinin infertil kadınları eşlerinin öğrenim durumu, gelir durumu algısı, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsü gibi belirleyiciler yönünden özellikle değerlendirmesi,

- İnfertil olan ve depresyon için risk faktörlerini (infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ile ilgili duyguların olumsuz olması ve tedavi sürecinde destek olmaması) taşıyan kadınların özellikle izlenmesi,

- İnfertil olan ve anksiyete için risk faktörlerini (infertil olmanın yaşamı etkileme durumu, tedavi süreci ile ilgili duyguların olumsuz olması) taşıyan kadınların özellikle izlenmesi,

- İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete etkisini daha net belirleyebilmek için tedavi sonucunda gebelik elde edilen ve gebelik elde edilemeyen gruplarda karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,

- Kadın ve erkeği birlikte ele alan benzer çalışmaların yapılması,

- Hemşirelerin infertilite konusuna dikkatlerinin çekilmesi için eğitim programları düzenlenmesi önerilebilir.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler

"Saniye BENLİ"

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2009

İnfertilite, üreme çağındaki kadınlarda önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan, evlilik ilişkilerini, cinsel hayatlarını, ekonomik durumlarını olumsuz etkileyen, stres, anksiyete ve depresyona yol açabilen önemli bir sorundur.

Çalışma infertilite sorunu olan kadınların depresyon ve anksiyete yaşama durumlarını ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örnek grubuna Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine infertilite nedeniyle başvuran 143 kadın ve aynı polikliniğe başka nedenlerle başvuran ve infertil olmayan 100 kadın alınmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu, depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Envanter'i (BDE) ve anksiyeteyi değerlendirmek için Beck Anksiyete Envanter (BAE)'ikullanılarak toplanmıştır. Veriler poliklinikte yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerde yüzde ve ortalama hesaplamaları, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Ki-kare, Student t ve Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova), Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada depresyon ve anksiyete toplam puanı yönünden infertil ve fertil kadınlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya katılan kadınlardan gelir durumu algısı kötü olanlarda, daha önce geçirilmiş kadın hastalığı ve depresyon öyküsü olanlarda depresyon ve anksiyete toplam puanları olumsuz yönde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İnfertil kadınlarda tedavi süreci ile ilgili olumsuz duygusu olanların ve infertilitenin yaşamını olumsuz etkilediğini düşünenlerin, depresyon ve anksiyete toplam puanları, tedavi sürecinde destek kaynağı olmayanların depresyon toplam puanları olumsuz yönde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İnfertilite sorunu olan kadınlarda depresyon ve anksiyete yaşamada, aşılama tedavisi görmenin, infertil olmanın yaşamını etkilediğini düşünmenin, tedavi süreci ile ilgili olumsuz duyguya sahip olmanın, tedavi süresince eş desteği olmamasının önemli risk faktörleri olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda sorunun çözümüne yönelik olarak risk grubundaki kadınların daha yakından izlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: anksiyete; depresyon; infertilite; tedavi süreci.

7. SUMMARY

T. R.

SELCUK UNIVERSITY

THE INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Depression And Anxiety Among İnfertile Women And Related Factors

"Saniye BENLİ"

The Department of Nursing

THESIS OF MASTER/KONYA-2010

Infertility is a significant challenge leading to stress, anxiety and depression, influencing the relationships between the couples, sexual lives and economical status of fertile women, and giving rise to important personal and familial problems in them.

The study was carried out to investigate the depression and anxiety experiences, and associated factors in infertile women. To the sampling group of the study,143 women with infertility problem and applying to The Department of Gynaeological Diseases of The Research and Education Hospital of Meram Medical School, Selcuk University and 100 women with no infertility and applying with other complaints were enrolled into the study. Accumulated data were evaluated using the data pooling questionnarie formed by the researcher, Beck's Depreesion Inventory (BDI) to assess the depression rates and Beck's Anxiety Inventory (BAI) to assess anxiety results. Data were accumulated via face-to-face interviewing method. In the analysis of the data, in order to evaluate the correlations between dependent and independent variables, and percentile and mean calculations in descriptive statistics, chi-square, Student's t and Mann-Whitney U test, One Way Variance Analysis(One Way Anova), Pearson's correlation analysis and multiple regression analysis were used.

In the study, no difference was determined between fertile and infertile women in terms of depression and anxiety total scores ($p>0.05$). In those with poor perception of income level, previous gynaeological diseases and the history of depression, the depression and anxiety scores were found to be negatively higher ($p<0,05$). The depression and anxiety total scores of those with negative opinion related to treatment periood in infertile women and considering that infertility affects their lives negatively, and the depression total scores of those lacking of support during the treatment period were detected to be higher in a negative way ($p<0,05$).

Upon experiencing depression and anxiety in the women with infertility problem, being treated with vaccination, thinking that infertility influences life quality, having negative opinion on treatment period and lacking of partner's support during the treatment may be suggested to be among important risk factors. In the light of these findings, it should be suggested that women at high risk be followed closely so as to solve the problem.

Key Words: anxiety; depression; infertility; treatment process.

8. KAYNAKLAR

1. Adashi EY, Hillard PA. İnfertilite. İn: Berek JS. editör. Novak Jinekoloji, 12.baskı, İstanbul: 1998.p. 918-25.
2. Ak G. İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. Sted. 2002;11:7,260.
3. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001; İzmir.
4. Akar MN. YÜT komplikasyonları ve yaklaşımlar. Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik, 2006; 2: 5,65–70.
5. Akçin FG. İnfertil çiftlerin psikiyatrik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, baş etme düzenekleri, cinsiyet rolü algıları açısından değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Psikiyatri ABD, Uzmanlık Tezi, 2005. Ankara.
6. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 2: 70-74.
7. Akın N. Mikromanüplasyon teknikleri. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, Emek matbaacılık, 2001. İstanbul.
8. Akyüz A. İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 23–26, 2007. Ankara.
9. Akyüz A. Ne uğruna infertilite tedavisi. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 27–29, 2007. Ankara.
10. Akyüz A. İnfertil çiftin araştırılması. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 32-5, 2003. Ankara.
11. Akyüz A. İnfertil çift için tedavi seçenekleri. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 36-8, 2003. Ankara.
12. Akyüz A: IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Doktora Tezi, 2001. Ankara.
13. Albayrak E, Günay O. State and trait anxiety levels childless woman in Kayseri, Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Healt Care. December, 2007;12: 385–90.
14. Asan N. GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezine Başvuran Çiftlerin, IVF-ET Tedavisini Bırakma Nedenleri**,** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2001. Ankara.
15. Ataman H. Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-sosyal Bakım Gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007. İstanbul.
16. Atıcı D. Ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS). 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 30–31, 2007, Ankara.
17. Atıcı D. Fertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar ve protokollerin uygulanmasında hemşirenin rolü. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 65-66, 2003; Ankara.
18. Atıcı D. İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik kakımı. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 67, 2003; Ankara.
19. Aydınuraz B, Kabukçu C, Şatıroğlu H. İnfertil çiftte kadının değerlendirilmesi ve tedavinin düzenlenmesi. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, 2008; 1:1; 8–16.
20. Aydos K. İnfertil erkeğin değerlendirilmesinde kadın faktörünün araştırılması. http://www.androloji.org.tr/images/file/DID-11/And.Bülten (erişim:6 Kasım 2009).
21. Aytekin F, Korkut İ, Gürpelioğlu S, Soyel N. Psikiyatrik açıdan infertilite. PsychoMed. 1995; 1:4; 139–40.
22. Batıoğlu AS. Endometriosis ve infertilite. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler 2005;2:7-14
23. Bayer SR, Alper MM, Penzias AS. çev. ed. Işık AZ, Vicdan K. İnfertil çiftlere hizmet veren tüm uygulayıcılar için pratik bir rehber, I.baskı, Nobel Tıp Kitabevi. 2008.
24. Beutel M, Kupfer J, Kirehmeyer P. Treatment related stres and depression in couples undegoing assisted reproductive treatment by IVF on ISCI. Andrologia. 1999;31:27-35.
25. Birol L. Hemşirelik Süreci.8. baskı, İzmir;Etki matbaacılık yayıncılık, 2007.
26. Beji NK. Doğurganlıkla ilgili sorunlar ve hemşirenin değişen rolü. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, İstanbul; Emek matbaacılık, 2001.
27. Bozkurt O. İnfertilite Tedavi Sürecinin Psikiyatrik Etkileri, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2001, İstanbul.

28. Burns LH.Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. Psychiatr Clin North Am. 2007; 30;4:689-716.
29. Csemiczky G, Landgren BM, Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:113–18
30. Çayan S, Kadıoğlu A. Varikoselin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. Türk Üroloji Dergisi. 2005; 31:1; 57-63.
31. Cevrioğlu S. İnfertilitenin psikososyal yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10: 1;5-6.
32. Cevrioğlu S. Ovarian Reserv Testleri. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006; 1075–80.
33. Chen T, Cheng S,Tsai C, Juang K. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive tecnique clinic. Human Reproduction. 2004; 19: 10; 2313-18.
34. Çepni İ, Öçal P, Benian A, İdil M. Yardımla üreme teknikleri heterotopik gebelik; bilateral tubal ve intrauterin gebelik. Perinatoloji Dergisi. 2004;12: 1.
35. Çöl M. Kadın sağlığı, sigara ve madde bağımlılığı. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 101–103, 2007; Ankara.
36. Demirci H. İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. 2001. F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, Emek matbaacılık, İstanbul.
37. Demirel C, Engin Y, Üstün Y. Erkek faktörüne bağlı infertilitede intrauterin inseminasyon başarısına etki adecek faktörlerin analizi. T Klin Jinekol Obst. 2002; 12:78–82.
38. Dikencik BK. Yardımcı üreme teknikleri. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı.,F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, İstanbul, Emek matbaacılık, 2001.
39. Dinç A, Beji NK. Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, İstanbul. Emek matbaacılık, 2001.
40. Ellen M, Cassıll N, Bostwıck JM, Arthur NJ, Robınson RD, Neal GS. Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of ın vitro fertilization treatment. Mayo Clin Proc. 2002; 77: 1060-66.
41. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Uzmanlık Tezi. 2008, Ankara.
42. Erez S, Erez B. Ed.Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.Edition. 1997.
43. Eskandari N,Cadieux. Reproductive endocrinology ınfertility tecniques. İn: DeCheney AH, Nathan L, editors. Current Obstetrik Gynecologic Diagnosis Treatment. ninth edition; 2003. 979–95.
44. Fassino S, Piero`A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L.Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study Human Reproduction. 2002;17:11: 2986–94.
45. Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GHW, Braat DDM, Brewaeys AMA, Dolfing JG, Kortman M, Leerentveld RA, Macklon NS.Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Human Reproduction 2003; 18: 7: 1536-43.
46. Frey KA, Patel KS. İnitial evaluation and management of infertility by the primary care physician. Mayo Clin Proc. November 2004; 79:11; 1439-43.
47. Görkemli H. İnfertil hastaya yaklaşım. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara; Güneş Kitabevi; 2006, 1081–92.
48. Güçtaş AÖ. Bilgisayar destekli semen analiz sistem (casa) ile yapılan sperm morfolojisi incelemelerinin tekrarlanabilirliği değişken analizler ve laboratuar içi manuel yöntemle karsılaştırılması. T.C.Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Üroloji Kliniği Uzmanlık Tezi. 2006; İstanbul.
49. Gülseren L, Cetinay P, Tokatlioğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S. Depression and Anxiety Levels in Infertile Turkish Women. The Journal of Reproductive Medicine. 2006;51;5: 421-26.
50. Günalp S. Kadın doğum hekiminin erkek faktörünün araştırılması ve değerlendirilmesinde yaklaşım ne olmalıdır. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2004; 7: 129–40.
51. Gürbüz ŞK. Evlilik uyumu ve depresif durumun in vitro fertilizasyon-embriyo transferi (İVF-ET) sonuçlarına etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. 2007; İstanbul.
52. Gürhan N, Atlı A, Saral E. İnfertilitenin kadın ve erkek üzerindeki psikososyal etkileri. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2008; 22(1): 35-40.
53. Gürhan N. İnfertilite hemşireliğinde iletişim ve danışmanlık. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 121–22, 2003; Ankara.

54. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A: Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gyneco. 2003; 24: 267-71.
55. Hassa H. Endometriosis-İnfertilite ilişkisi ve tedavi sınırları. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2004; 7:182–87.
56. HolterH, Anderheim L, Bergh C, Möller A, First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship, Human Reproduction. 2006; 21:12 , 3295–3302.
57. Isaacs JC.The patient voice in infertility. AWHONN Lifelines. 2005; 9:5: 363-64.
58. İdil M. İnfertilite ve tanısı. Aktüel Tıp Dergisi. İnfertilite Özel Sayısı. Mayıs, 2004; 9;5:1–4.
59. Karabiber N, Ermiş BH, Kösebay D. İnfertil kadınlarda depresyon ve anksiyete. Yeni Semposium. 1990; 28 :2: 37-44.
60. Karanisoğlu H. İnfertil kadınlarda benlik saygısı ve psiko-sosyal sorunların incelenmesi. Hemşirelik Bülteni. 1994; VIII, 31; 1-15.
61. Karlidere T, Bozkurt A, Ozmenler KN, Ozsahin A, Kucuk T, Yetkin S. The influence of emotional distress on the outcome of in-vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatment among infertile Turkish women. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2008; 45:1: 55-64.
62. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S,Doruk A, Sütçigil L, Özmenler KN, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18: 4: 311–22.
63. Kavlak O. İnfertilite, In: Şirin A, Kavlak O. editör, Kadın Sağlığı. I.baskı, İstanbul: Bedray basın yayıncılık; 2008. 332–46.
64. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2002; 41: 4, 229–32.
65. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. Onbeş-kırkdokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Phscyhiatry. 2003; 4: 208–19.
66. Kayıkçı MA, Çam HK, Akman Y, Erol A. Erkek infertilitesini değerlendirmede semen analizinin özellikleri ve rolü. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2002; 4:3; 35-8.
67. Kılıç S, Beytur A, Altunoluk B, Beytur L, Oğuz F. İnfertilite nedeniyle eş spermi ile uygulanan 78 intrauteri inseminasyon (İUİ) siklusunun sonuçları ve İUİ başarısını etkileyen faktörler: Retrospektif bir çalışma. Türk Üroloji Dergisi. 2005; 31:4; 516–23.
68. Kılınç RA. Çukurova üniversitesine başvuran infertil çiftlerde in vitro fertilizasyon endikasyonları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Uzmanlık Tezi. 2007, Adana.
69. Kılıçdağ EB, Bağış T, Haaydardedeoğlu B, Tarım E, Aslan E, Erkanlı S, Şimşek E, Zeyneloğlu H. İntrauterin İnseminasyon (IUI) Sikluslarında Gebelik Sonuçlarını Etkileyebilecek Prognostik Faktörler. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2005; 2:3; 223–28.
70. Kızılkaya N. İnfertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin psiko_sosyal değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 1987, İstanbul.
71. Koçak İ, Öcal G, Taşdemir S, Yılmaz MŞ. Ovariyan hiperstimülasyon sendromu. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara; Güneş Kitabevi; 2006, 1549-59.
72. Kuş C. İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul.
73. Lalos A. Breaking bad news concerning fertility. Human Reproduction. 1999;14: 3; 581–85.
74. Lee TY. Sun GH. Chao SC. The effect of an ınfertility diagnosis on the distress,marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan, Human Reproduction, 2001;16:8:1762-67.
75. Lintsen AME, Verhaak CM, Eijkemans MJC, Smeenk1 JMJ, Braat DDM.Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment Human Reproduction, 2009; 24: 5: 1092–98.
76. Marin CM, DeCheney AH, Pensias AS, Thorneycroft IH. İn Vitro Fertilization ,Related Tecniques. İn: DeCheney AH, Nathan L,editors. Current Obstetrik Gynecologic Diagnosis Treatment. ninth edition; 2003. 1012–20.
77. Matsubayashi H,Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional distress of infertile woman in Japan. Human Reproduction. 2001; 16:.5: 966-69.
78. Mercan R, Mumcu A. İnfertilite İn: Erk A, Novak Jinekoloji. 13.baskı; 2004. 973–1046.

79. Monga M, Alexandrescu B, Katz S, Stein M, Ganiats T. İmpact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual functıon. Ürology. 2004 ; 6;1: 126-30.
80. Mumcu A, Urman B. Yardımcı üreme teknikleri. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. 1511-21.
81. Miller JH, Weinberg RK, Canino NL, Klein NA, Solves MR. The pattern of infertility diagnoses in women of advanced reproductive age. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181: 952.
82. Newton CR; Sherrod W,Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stres, Fertil Steril. 1999; 72: 54-62.
83. Oddens BJ, Tonkelear I, Nieuwenhuyse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems—a comparative survey. Human Reproduction. 1999; 14:.1: 255-61.
84. Oflaz F. Başarısız IVF tedavisi ve geride kalanlar. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 47–49, 2007, Ankara.
85. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi. 2004, İstanbul.
86. ORC Macro and the World Health Organization. Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative reports. September 2004. 9: Geneva.
87. Orhon E, Duru NK. Erkek infertilitesi. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. 1107–22.
88. Oskay ÜY, Beji NK. İnfertilite hemşiresinin danışman ve hasta hakları savunucusu olarak rolü. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. F.N Hemşirelik yüksek okulu yayını, No:4, Emek matbaacılık, 2001, İstanbul.
89. Öktem M, Zeyneloğlu H. Endometriozis, infertilite ve pelvik ağrı. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2005; 2:3; 223–28.
90. Örnek T. Yardımcı üreme teknolojileri ve bu teknolojilerin uygulanmasından doğan etik sorunlar. Sendrom. Kasım 2006; 51–60.
91. Özbey Ü, Yüce H, Elyas H. İnfertilitenin genetik temelleri. Sendrom. Temmuz 2006; 32–7.
92. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A (2007) İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anatolian Journal Of Psychiatry. 2007; 8; 140–48.
93. Özdemir AÇ. İnfertilitenin ruhsal izdüşümleri. Türkiye Klinikleri, Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri. 2006; 2: 47; 34–40.
94. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile woman in Turkey. Obstet Gyncol. 2006; 3: 1; 44–6.
95. Özkaya O, Şahiner H. Ovulasyon fizyolojisi ve ovulasyon indüksiyonu. İn: Çiçek NM, Akyürek N, Çelik Ç, Haberal A, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. 1093–106.
96. Park H, Soyupek S, Oksay T.Erkek infertilitesine neden olan fiziksel ajanlar, ilaçlar ve toksinler. http://www.androloji.org.tr/images/file/DID-9-İnfertilite 23 (erişim:6 Kasım 2009).
97. Pasch LA, Dunkel- Schetter C, Christensen A : Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertility and Sterility. 2002; 77:6: 1241–47.
98. Peddie VL, Teijlingen EV, Bhattacharya S, A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. Human Reproduction. 2005; 20: 7: 1944–51.
99. Pernoll M,Bensen RC. Current Obstetrik Gynecologic Diagnosis Treatment. sixth edition. 1987.
100. Pillitteri A.Maternal Child Health Nursing,Third edition. Lippicott, Philadelphia,1999. 121–41.
101. Polat M. IVF'de gerçek başarı nedir? art'ye hasta seçim kriterleri, tedavi kararında etik yaklaşımlar. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı: 44–46, 2007, Ankara.
102. Posacı C, Doğan E. Over Stimülasyonunda hangi ajan kime nasıl uygulanmalıdır. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 2004; 7: 41–7.
103. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N. Shariat M, Jafarabadi M, A survey of Relationship Between Anxiety, Depression and Duration of İnfertility, BMC Women's Health. 2004; 4: 9; 1-7.
104. Roselina A. İnfertility and life satisfaction among women. Journal Of Family İssues, July 2007; 28 ;7, 955–81.
105. Savaşır I. Şahin NH. Bilişsel Davranışsal Terapilerde Değerlendirme, Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997, Ankara.
106. Saydam BK. Türk toplumunda infertil kadınların statüsü. Sağlık ve Toplum. 2003; 13:1: 30–4.

107. Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: implications for nursing practice. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2004; 42:3: 40-7.
108. Slade P, Emerg J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in vitro fertilization treatment. Human Reproduction, 1999; 12: 183-90.
109. Smeenk JMJ, Verhaak CM, Eugster A, Minen A, Zielhvis GA, Braat DDM.The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. Human Reproduction. 2001; 16: 7; 1420–23.
110. Sofuoğlu K. PCOS ve hiperstimülasyona tedavi yaklaşımı. Klinik Aktüel Tıp Dergisi. İnfertilite Özel Sayısı /2. Şubat-Mart 2005; 38–43.
111. Sömek A. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. 2008; İstanbul.
112. Speroff L, Glass NH, Kase RG. Klinik Jineokolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Çev. Ed. Erk A. 2007. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul.
113. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım, 2001, İzmir.
114. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD Uzmanlık Tezi. 2007, Adana.
115. Taşcı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2008; 5 ; 2; 105–10.
116. Taşcı KD, Özlem S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 ; 3,187–92.
117. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, IX. Baskı, 2009, Ankara.
118. Tavmergen E, Göker NT. Yardımla üreme tekniklerinde başarıyı etkileyen faktörler. http://www.androloji.org.tr/images/file/DID-8-İnfertilite 1-8 (erişim:26 Aralık 2007).
119. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. 2000, Cilt 1. Ankara, 203–35.
120. Tekbaş ÖF. Kimyasallar ve üreme sağlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülten.i 2006; 5:1; 50–9.
121. Terzioğlu F. İnvestigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. J Psychosom Obstet Gynaecol. September, 2001; 22: 3; 133–41.
122. Terzioğlu F. Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 1998 Ankara.
123. Turgut M. Sigara, spermatogenez ve infertilite. http://www.androloji.org.tr/images/file/İnfertilite 49-51 (erişim:26 Aralık 2007).
124. Üstünsöz A. İnfertiliteyi etkileyen faktörler. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. 40–43, 2007, Ankara.
125. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDM. Long-term psychological adjustment to IVF/ISCI treatment in woman. Human Reproduction. 2007. 22; 1:305–8.
126. Volgsten H, Svenberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö,Poromaa S. Prevalence of psychiatric disorders in infertile woman and man undergoing in vitro fertilization treatment. Human Reproduction, September, 2007; 23: 9; 2056-63.
127. World Health Organization: WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. 4 ed. 1999. Cambridge University Press.
128. Yatlı S, Gürbüz B, Sezer H, Çalık S.Effect of semen charecteristics on IUI combined with mild ovarian stimülation. Arch Androl, 2004; 50: 239–46.
129. Yavan T. Çoğul gebelikler. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. 32–33. 2007, Ankara.
130. Yavan Y. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin değerlendirilmesi, ovulasyon indüksiyonu ve ovum aspirasyonu. Ed. Beji NK, İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. F.N Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, No:4, Emek matbaacılık, 2001. İstanbul.
131. Yıldırım M. Klinik infertilite. II. baskı. Eryılmaz Ofset. 2000. Ankara.
132. Yılmaz İ. Türk infertil kadın hastalarda depresyon ve kaygının belirleyicileri: sosyal destek, cinsiyet rolü eğilimi, infertilite nedeni ve öz-saygı. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2006. İstanbul.
133. Yılmaz K. Varikosel ile infertilite arasındaki ilişki ve varikoselektominin bu ilişkiye etkisi. Selçuk Üniversitesi Üroloji ABD Uzmanlık Tezi. 1986. Konya.
134. Zeyneloğlu H, Öktem M. Polikistik over sendromunda ovulasyon indüksiyonu. TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler. 2005; 2: 21–3

9.EKLER

EK-A VERİ TOPLAMA FORMU

İNFERTİL KADINLARDA DEPRESYON VE ANKSİYETE DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız .....
2. Eşinizin yaşı ……..
3. En uzun yaşadığınız yer
   1. Köy-İlçe 2. İl
4. Öğrenim durumunuz
   1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar+ilkokul mezunu 3. Ortaokul
   4. Lise 5. Üniversite
5. Eşinizin eğitim durumu
   1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar+ilkokul mezunu 3. Ortaokul
   4. Lise 5. Üniversite
6. Tedavinin yapıldığı merkezde oturma
   1. Evet 2. Hayır
7. Mesleğiniz
   1. Ev hanımı 2. Çalışıyor.....
8. Eşinizin mesleği
   1. İşsiz 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest Meslek
   5. Diğer ……
9. Aile tipi
   1. Çekirdek aile 2. Geniş aile
10. Ailenizin toplam aylık geliri.....(YTL).
11. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
    1. İyi 2. Orta 3. Kötü
12. Sağlık güvencesi
    1. Var (Tedavi masraflarını karşılıyor) 3. Yok
    2. Var (Tedavi masraflarını kısmen karşılıyor)

EVLİLİK ÖYKÜSÜ

13. Kaç yaşında evlendiniz? ……
14. Evlilik süresi (ay/yıl olarak belirtiniz) ……..
15. Evlenme şekliniz;
    1. Görücü usulüyle istemeyerek evlendim
    2. Görücü usulüyle isteyerek evlendim
    3. Anlaşarak evlendim
    4. Diğer (belirtiniz) …….

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

16. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?
    1. Evet (Günde kaç tane ……) 2. Hayır

17. Daha önce geçirilmiş kadın hastalığınız var mı?
    1. Evet (……..) 2. Hayır

18. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
    1. Evet (…….) 2. Hayır

19. İnfertil olduğunuzu öğrenmeden önce depresyon öykünüz var mı?
    1. Evet (Tedavi Gördünüz mü? ……..) 2. Hayır
       (Tedavi Süresi ……)

20. Halen depresyon tedavisi görüyor musunuz?
    1. Evet
    2. Hayır

MENSTURASYON ÖYKÜSÜ

21. İlk adet yaşınız ?……..
22. Kaç günde bir adet olursunuz?.....
23. Adetiniz kaç gün sürer?.....
24. Adet düzensizliği yaşıyor musunuz?
    1. Evet 2. Hayır

25. Adet düzensizliğine yönelik tedavi gördünüz mü?
    1. Evet (Ne kullandınız? ……..) 2. Hayır

İNFERTİLİTE ÖYKÜSÜ

26. İnfertilite tanısı konduktan sonra geçen süre ne kadar? (ay olarak belirtiniz) ……..
27. Son infertilite tedaviniz kaç aydır devam ediyor? (ay olarak belirtiniz) ….
28. Daha önce gebelik geçirdiniz mi?
    1. Evet (Kendiliğinden)
       (Tedaviyle)

    2. Hayır

29. Daha önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı?
    1. Düşük 2. Küretaj 3. Doğum

30. İnfertilite sorunu kimden kaynaklanıyor?
    1. Kadın 2. Erkek 3. Herikisi

31. Tedavi özgeçmişi
    1. Daha önce hiç tedavi almamış
    2. Hormon tedavisi
    3. Aşılama
    4. Hormon tedavisi + Aşılama
    5. Hormon tedavisi + Aşılama + IVF (tüp bebek)
    6. Diğer ……

32. Şu anda tedavinin hangi aşamasındasınız?
    1. Hormon tedavisi
    2. Aşılama
    3. IVF (tüp bebek)
    4. Diğer ……..

33. Tedavi süreci ile ilgili duygularınızı nasıl değerlendirirsiniz?
    1. Olumlu 2. Olumsuz 3. Emin değilim

34. İnfertilite tedavisi konusunda herhangi bir bilgi aldınız mı?
    1. Evet (Kimden ……..) 2. Hayır

35. Halen görmekte olduğunuz infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
    1. Evet 2. Hayır

36. Evlat edinmeyi düşünüyormusunuz?
    1. Evet 2. Hayır 3. Emin değilim

37. İnfertil olmak yaşamınızı nasıl etkiledi ? (Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?)

38. İnfertilite tedavisi sürecinde en çok desteği kimden aldınız?

EK-B **BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

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

1- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2- a) Gelecekten umutsuz değilim.
b)Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c)Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok. .
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok Her şey çok sıkıcı.

5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- a) Kendimden hoşnudum.
b)Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.

8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsat bulsam kendimi öldürürdüm.

10- a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum

11- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.

12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13- a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15 - a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iç yapamıyorum.

16 - a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre l veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18 - a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.

19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet( ) Hayır( )

20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-C BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	**Hafif düzeyde** Beni pek etkilemedi	**Orta düzeyde** Hoş değildi ama katlanabildim	**Ciddi düzeyde** Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak, ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme duygusu				
15. Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaktan bağımsız)				

EK-D Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Sayısı: 05	Toplantı Tarihi: 30-05-2008

Karar Sayısı:2008/131: Fakültemiz Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç .Dr.Çetin ÇELİK'in **"İnterfil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler"** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 27.05.2008 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü;yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç .Dr.Çetin ÇELİK'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
30.05.2008
Şazer BİLGİN
Fakülte Sekreteri

10. ÖZGEÇMİŞ

1965 yılında Nevşehir Avanos'ta doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Avanos'ta tamamladı. 1986 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. Aynı yıl Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Servisinde sorumlu hemşire olarak çalışmaya başladı. 1987 yılından itibaren Meslek Yüksek Okulu Sağlık Programları, Sağlık Hizmetleri MYO ve Konya Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak çalıştı. Halen Konya Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.