



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNFERİLİTE KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN KADINLARIN
YALNIZLIK DÜZEYİ VE ALGILADIKLARI AİLE DESTEĞİNİN
BELİRLENMESİ**

ELİF ÜNER

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Elif ÜNER
Tez Başlığı : İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Yalnızlık
Düzeyi ve Algıladıkları Aile Desteğinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 12.07.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Biruni Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20../07../2017. tarih ve ..2017....../..21.... - ..05... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine tezin çalışılması ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Elif ÜNER



İTHAF

Yalnızca bu günümde değil her günümde yanımda olan, ayağım takıldığında daha da güçlü kalkmamı sağlayan, hiç şüphesiz en özel destekçim, yarınlarımın en değerli mimarı, biricik annem **ELMAS ÜNER**'e ithafen...



TEŞEKKÜR

Lisans - Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam boyunca meslek hayatındaki yoğun tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, sevgi, destek ve emeğini benden esirgemeyen, anlayış ve güler yüzü için çok değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a

Çalışmaya gönüllü olarak katılma nezaketinde bulunan, vakitlerini ayırarak verilerin toplanmasına katkı sağlayan saygıdeğer katılımcılara,

Hayatımın her anında, karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olan, sevgisiyle, anlayışıyla ve sabrıyla daima destekleyen, bana her zaman güvenen canım annem Elmas ÜNER'e, sevgili babam Kenan ÜNER'e ve birtanecik kardeşim Kadir ÜNER'e,

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM ...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	ix
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	6
4.1.İnfertilitenin Tarihçesi	6
4.2.İnfertilitenin Tanımı Ve İnsidansı	7
4.3.Fertiliteyi Etkileyen Faktörler	8
4.3.1.Cinselliğe ilişkin faktörler	8
4.3.2. Sağlık durumuna ilişkin faktörler	9
4.3.3 Yaşam biçimine ilişkin faktörler	9
4.4. Etyoloji	11
4.4.1.Kadına ait nedenler	11
4.4.2.Erkeğe ait nedenler	15
4.4.3.Nedeni açıklanamayan infertilite	20
4.5. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)	20
4.5.1.İntra uterin inseminasyon (IUI)	20
4.5.2. In vitro fertilizasyon – embriyo transfer (IVF-ET)	21

4.5.3. Gamet intrafallopian transfer (GIFT)	21
4.5.4. Zigot intrafallopian transfer (ZİFT)	22
4.5.5. İnterstoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)	22
4.5.6. Donör kullanılarak yardımcı üreme teknikleri	22
4.5.7. Yardımcı üreme tekniklerinin komplikasyonları	24
4.5.8. Yardımcı üreme teknikleri ve yaşanan etik sorunlar	26
4.5.9. Yardımcı üreme tekniklerinde hemşirelik yaklaşımı	27
4.6. İnfertilite Danışmanlığı	29
4.6.1. İnfertilite danışmanlık adımları	30
4.6.2. Dünyada ve türkiyede infertilite danışmanlığında hemşirenin yeri	30
4.7. Aile Desteği Ve Yalnızlık	32
5. MATERYAL VE METOT	34
5.1. Araştırmanın Tipi	34
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
5.4. Araştırmanın Uygulanması	34
5.5. Araştırma Değişkenleri	35
5.6. Veri Toplama Araçları.....	35
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	39
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
6. BULGULAR	41
7. TARTIŞMA.....	55

7.1.Sosyodemografik Bilgiler	55
7.2. Ucla Yalnızlık Ölçeği Ve Aile Desteği	58
8.SONUÇ	71
9.KAYNAKLAR	74
10.EKLER	90
11.ETİK KURUL ONAYI	98
12.ÖZGEÇMİŞ	101



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- BKİ**: Beden Kitle İndeksi
- CYBE**: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- ET**: Embriyo Transferi
- FSH**: Folikül Uyarıcı Hormon
- GIFT**: Gamet İntrafalloopian Transfer
- GNRH**: Gonadotropin Releasing Hormon
- HSG**: Histerosalpingografi
- ICSI**: Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
- IVF**: Invitro Fertilizasyon
- LH**: Lutuel Hormon
- MESA**: Mikrocerrahi Epididimal Sperm Aspirasyonu
- OHSS**: Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu
- OPU**: Yumurta Toplama İşlemi
- PCOS**: Polikistik Over Sendromu
- PESA**: Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu
- TESA**: Testiküler Sperm Aspirasyonu
- TESE**: Testisten Biopsi İle Sperm Elde Edilmesi
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- ÜYTE**: Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları
- WHO**: World Health Organization
- ZIFT**: Zigot İntrafallopian Transfer

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 4.4.2.1: WHO'ya Göre Normal Semen Parametreleri.....	16
Tablo 5.7.1: İncelenen Özelliklerde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	39
Tablo 6.1: İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	41
Tablo 6.2: Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Özellikleri	43
Tablo 6.3: Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları	44
Tablo 6.4: Katılımcıların Ucla Yalnızlık Ölçeği'nde Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri	45
Tablo 6.5: Katılımcıların Algılanan Aile Desteği Ölçeği Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri	47
Tablo 6.6: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6.7: Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Özellikleri ile Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 6.8.: Ucla Yalnızlık Ölçeği ile Algılanan Aile Desteği Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri	54

1.ÖZET

İNFERİLİTE KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN KADINLARIN YALNIZLIK DÜZEYİ VE ALGILADIKLARI AİLE DESTEĞİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma infertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Tüp Bebek Merkezi'nde 1 Şubat 2017 - 1 Haziran 2017 tarihleri arasında primer / sekonder infertilite tanısı bulunan, tedavi sürecine dahil olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve sorulara eksiksiz cevap veren 180 infertil kadın oluşturmuştur. Çalışma verileri infertil kadınlar ile yüz yüze görüşülerek 'Sosyodemografik Bilgi Formu' 'Yalnızlık Ölçeği' ve 'Algılanan Aile Desteği Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. Ucla Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarının tanıtıcı ve infertilite özellikleri ile karşılaştırılması için, tek yönlü varyans analizi ve Tukey HSD testi uygulanmıştır. Algılanan Aile Desteği Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı ve infertilite özellikleri ile karşılaştırılması için Kruskal-Wallis Testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $32,63 \pm 5,78$ olup, %30'unun (n=54) 26-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. İnfertil katılımcıların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının $47,24 \pm 12,06$, AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının $28,67 \pm 8,83$ olduğu belirlenmiştir. İnfertilite tedavisini önceden deneyimleyenlerin kadınların UYÖ'den aldıkları puan ortalaması; infertilite tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin kadınların AADÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). UYÖ puan ortalamaları ile AADÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; katılımcıların algıladıkları aile desteği düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında negatif yönde güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p < 0,001$) olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yalnızlık düzeyi arttıkça algılanan aile desteği azalmaktadır. İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları yalnızlık duygusunun bilinmesi ve bu ölçüde aile desteğinin sağlanması, infertil bireylerin infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Desteği, İnfertilite, İnfertilite Kliniği, Tedavi Gören Kadınlar, Yalnızlık

2.ABSTRACT

DETERMINATION OF LONELINESS LEVEL AND PERCEIVED FAMILY SUPPORT IN WOMEN UNDER TREATMENT AT INFERTILITY CLINIC

The study was conducted to determine of loneliness level and perceived family support in women under treatment at infertility clinic, as descriptive. The sample of universe was constituted of 180 infertile women who have primer/seconder infertility diagnosis, were under treatment, accepted to participate to the study as voluntary and answered to questions completely at İstanbul Medipol Mega Hospital IVF Center between 1th February 2017 and 1th June 2017. Data was collected with 'Sociodemographic Information Form' by viewing face-to face, 'UCLA Loneliness Scale' and 'Perceived Family Support Scale. For comparing descriptive and infertility characteristics of mean scores in UCLA Loneliness Scale, one dimensional variance analysis and Tukey HSD tests were used. For comparing descriptive and infertility characteristics of mean scores in Perceived Family Support Kruskal-Wallis and Mann Whitney-U tests were used. It is found that average age of participants was $32,63 \pm 5,78$ and 30% of them were (n=54) between 26-30 years old. It is determined that their mean scores were $47,24 \pm 12,06$ for ULS and $28,67 \pm 8,83$ for PFSS. Again, ULS mean scores of women who experienced infertility treatment before and PFSS mean scores of women who didn't experience infertility treatment before were found higher as very advanced level significant ($p < 0,001$). When the relation between ULS and PFSS mean score was investigated; it is found that there was a powerful negative and very advanced level significant relation between perceived family support and loneliness levels of participants ($p < 0,001$). According to these results; perceived family support was decreased with increased in loneliness level. During treatment process, knowing loneliness statutes of people who are under infertility treatment and supplying family support could facilitate adaptation to infertility and treatment of them.

Key words: Family support, Infertility, Infertility Clinic, Women under treatment, Loneliness

3.GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite günümüzde yüksek prevalansta görülmesi nedeniyle ülkemizde ve diğer gelişmekte olan ülkelerde çiftlerin büyük bir çoğunluğunu ilgilendiren önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Son zamanlarda gelişen tedavi seçenekleri nedeniyle gündemi sürekli işgal etmektedir(1). Reprodüktif çağda olan çiftlerin 1 yıl içerisinde korunmasız ve düzenli ilişkiye girmesine rağmen gebe kalamama ya da gebeliği doğuma kadar sürdürmede başarısızlık durumuna infertilite denilmektedir(2,3). Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO) göre infertilitenin görülme sıklığı %15 oranında bildirilmekte olup gelişmekte olan ülkelerde her 6 çiftten birinin etkilendiği gözlemlenmiştir(4). Türkiye' de infertilite sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamakla birlikte %10-20 arasında olduğu belirtilmektedir(5).

İnsanda temel içgüdülerden biri üreme içgüdüsü olup çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. Son 30 yılda üreme sağlığı ile ilgili gelişmeler infertiliteye olan ilgi ve beklentileri arttırmıştır. Üreme konusundaki yetersizlikler her açıdan çiftleri etkilemektedir(6,7). Bu nedenle çocuk sahibi olmak insan yaşamının önemli aşamalarından biri olarak görülmektedir(8). Türk toplumunda evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirmektedir. Sağlıklı çocuklar yetiştirilebilmek, her evli çift tarafından yaşanılmak istenilen bir durumdur(8,9).

Tüm dünyada çeşitli nedenlerle artan, istemsiz çocuksuzluk anlamında da kullanılan infertilite, sadece çiftleri değil çiftlerin aileleri ve yakın çevrelerindeki birçok kişiyi de etkileyen sosyo-kültürel bir problemdir(10). İnfertilite değerlendirilmesinde tedavi sürecinin önemli bir kesimi etkilediği düşünülmektedir(11). Çiftlerin sürece yaklaşımında belirgin farklar görülmektedir. Kadınlar duygularını daha çok ifade etmeyi tercih ederken, erkekler pek fazla sorun değilmiş gibi davranmaktadır(12,13). İnfertilite nedenine bakılmaksızın kadınlar daha fazla olumsuz etkilenmekte ve erkeklere göre daha fazla suçluluk ve stres hissetmektedir. Çünkü infertilite nedeni erkek kaynaklı da olsa toplumsal baskıların, tedavilerin büyük bir kısmına kadınlar maruz kalmaktadır. Geleneksel toplumlarda kadının rolü, çocuk sahibi olması ile doğrudan ilgilidir(9,14). İnfertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete oluşturan diğer bir durum ise; çocuk sahibi olmanın toplumsal statü için belirleyici olması ve doğurganlık problemlerinden dolayı damgalanmaya maruz kalınmasıdır(10).

Bundan dolayı çocuksuzluk, kadın yaşamında önemli bir dönüm noktası olarak görülmektedir. Kadın yönünden anlamı doğuramama, psikolojik eksiklik, kendini toplumun dışına itilmiş olarak hissetme, kontrol kaybı, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı ve kendine olan saygısında azalmadır(15). Çeşitli nedenlerden dolayı infertilite tanısı almış çiftler, eş, aile ya da arkadaşlarla olan yakınlığın kaybı toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, rol kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı gibi depresyona neden olabilecek pek çok kayıp yaşamaktadır(16). Kendilerini toplumsal olarak baskı altında hissetmeleri nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duymaktadırlar. Sağlık sorunlarını ailesi ve yakınları ile paylaşamayan çiftler, bu nedenle desteksiz kalmaktadır. Bu durum bireyleri, kalabalığın içerisinde bir yalnızlığa götürür ve sıkıntılı bir zamanda destek kaynaklarından yoksun bırakır. Çiftler bu süreçte yaşadığı sıkıntıları en stresli dönem olarak belirtmektedir(5, 17).

Farklı çalışmalar incelendiğinde; infertil çiftlerin uyum üzerindeki etkisini araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçların çelişki yarattığı görülmektedir. Bazı çalışmaların infertilitenin her iki cinsten de tartışmaları arttırdığı ve cinsel doyumu azalttığı bildirmektedir. Diğer çalışmalarda ise infertilitenin, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirdiği belirtilmektedir(18, 19). İnfertilite, aynı zamanda çiftler arasında cinsel uyumsuzluğa neden olan bir stres faktörü olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde infertilite ve cinsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısı azdır. Bunun sebebinin toplumun cinsellik üzerine bakış açısıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Cinsel ilişki sıklığında azalma bireylerde yetersizlik duygusuna neden olmaktadır. Tedavi gören çiftlerin menstrüasyon döngüsüne göre hareket etmesi cinsel yaşamı çocuk sahibi olmak için bir görev haline getirmektedir. Buda evlilik ve cinsel ilişkiden alınan doyumun azalması ve ilginin kaybolmasıyla depresif bir durum oluşturmaktadır. İnfertilitenin cinsel doyuma yönelik bulgularında farklılıklar görülmektedir. Çelişkinin, kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir. Modern toplumlarda yaşayan bireylerin, diğer çiftlere göre bu durumu daha kolay kabul etmelerine karşın, sosyal baskı hissettikleri görülmektedir(1, 20).

İnfertilite alanında yapılan araştırmalar arttıkça infertilite tedavisinde değişmeler ve gelişmelerin devam etmesi beklenmektedir. İnfertilite hemşireliğinin, tedavi sũresinde temel amacı; çiftleri profesyonel bir yaklaşımla değerlendirmek, değerlendirme sonucu elde edilen veriler doğrultusunda bakım vermektir(6). Tedavi devam ederken, aileye danışmanlık yapabilecek kişiler ailenin destek kaynaklarıdır. Aile bu destek kaynaklarını oluşturana kadar geçen sũrede desteğin sağlanması, hastanın psikolojik açıdan rahatlatılması hemşirenin rolleri arasındadır. Bu doğrultuda hemşirelik alanında yapılan araştırmalarda infertilite ve psikososyal sorunlarıyla ilgili ęalıřmaların sayısında önemli artışlar gũrũlmektedir. Ancak infertilite tanısı almış kadınlarn yalnızlık durumu ve aile desteğinin belirlenmesine yũnelik ęalıřmaların sayısı yeterli değildir.(21, 22).

Bu ęalıřma infertilite kliniğinde tedavi gũren kadınlarn yalnızlık dũzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.İnfertilitenin Tarihçesi

Üreme, asırlar boyunca önemini yitirmeyen ve devamlılık gerektiren bir kavramdır. Eski dönemlerde kadının verimsizliği olarak görülen infertilite, tanrının cezalandırması olarak değerlendirilmekteydi. Yapılan tarihsel çalışmalarda eski dönemlere ait üreme ile ilgili sembollerin erkek varlığını ifade ettiği görülmektedir. Çeşitli dönemlerde infertilite sorununa karşı dua ederek ya da kutsal yerleri ziyaret ederek çözülmeye çalışılmıştır(23).

Gebelik ve infertilite ile ilgili tedaviler ilk olarak Mısır'da kullanılmıştır. Hipokrat(MÖ 460- 377) kaynaklarında uterusun ve semenin gebelik açısından önemini vurgulamıştır. Efes' te doğan Soranus (MS 98-138) fertilitiyi açıklayan ilk kişilerdendir. İnfertilitenin erkek kaynaklı olabileceğini ilk kez belirten Eflatun olmuştur. Anton Van Leuwenhook (1632- 1723) ve Hamen spermi mikroskopta ilk kez incelemiştir. Regnier de Graff (1641-1673) tarafından ovum incelenmiş, ve daha sonra graff folikülü olarak isimlendirilmiştir(7, 24).

IVF yöntemi ile gerçekleşen ilk gebelik Edwards ve Steptoe tarafından uygulanmıştır. 1976 yılında İngiltere'nin Cambridge şehrinde,Louise Brown sağlıklı bir bebek olarak dünyaya gelmiştir. İlerleyen zamanlarda IVF tedavisinin Gamet intrafallopian transfer (GIFT), Zigot intrafallopian transfer (ZIFT), Intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) gibi çeşitli türleri bulunmuş ve uygun hastalarda kullanılmaya başlanmıştır. Trounson ve arkadaşları tarafından 1983'te ilk kez donör oosit ve dondurulmuş embriyo kullanılarak başarılı gebelik ve doğum meydana gelmiştir. 1984'de Asch ve arkadaşlarının çalışmalarıyla ilk GIFT bebeği ve 1986'da ilk ZIFT bebeği dünyaya gelmiştir. İlk ICSI gebeliği 1992 yılında Palermo ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. ICSI gebeliği ile yardımcı üreme alanında yeni bir dönem başlamış ve erkeğe bağlı infertilite problemlerinde önemli bir mesafe katedilmiştir. Bu başarılı gelişmeler infertilite tedavisinde yeni bir dönemi başlatmıştır. Önceki zamanlarda imkansız olarak görülen infertilite problemlerinin çözümünü sağlamaya başlamıştır(9, 24, 25, 26).

4.2.İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı

Halk arasında kısırlık olarak bilinen infertilite, üreme fonksiyonun istemsiz olarak azalması ya da kaybolmasıdır. Amerikan Societyfor Reproductive Medicine Practice Committee'nin (ASRM) tanımına göre infertilite, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen bir yıl boyunca gebe kalınmaması durumudur(27). Günümüzde daha çok kabul gören tanım ise; 35 yaşını doldurmamış çiftlerde 1 yıllık süre içerisinde, 35 yaşını dolduran çiftlerde 6 aylık süre içerisinde herhangi bir kontrasepsiyon bir yöntem kullanılmadan, haftada 3-4 kez düzenli ilişkiye rağmen gebelik meydana gelmemesidir. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre bu süre 2 yıla kadar uzayabilmektedir (2, 12, 28).

Kadınlarda daha önce hiç gebelik yaşanmaması durumu primer infertilite olarak adlandırılırken, daha önce gebelik yaşayan, canlı doğumla ya da düşükle sonuçlanan gebeliklere rağmen tekrardan kendiliğinden bir gebelik yaşayamayan ise sekonder infertilite olarak bilinmektedir. İnfertilite nedenlerinin incelendiği çalışmalarda %55-75primerinfertilite ,% 25-45 sekonder infertilite dikkat çekmektedir. Tüm tanı kriterlerinin normal olarak saptanması sonucunda konulan tanıya açıklanamayan infertilite denilmektedir. İnsidansı değerlendirildiğinde dikkate alınan kriterlere göre %10-30 oranında görülmektedir (29, 30).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre dünyada 80 milyondan fazla infertil birey bulunmaktadır. İnfertilite insidansı, ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği gibi, aynı ülkenin farklı coğrafi bölgelerinde de değişiklik göstermektedir. Sağlık bakanlığı'nın infertilite oranları incelendiğinde; Türkiye'de çocuk sahibi olamayan infertil çift sayısı 2 milyon civarındadır. Bu çiftlerden sadece 150 bini çocuk sahibi olmak için tedavi görmektedir. Yıllara göre Türkiye'de infertilite oranına bakıldığında giderek artış olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin; 1975 yılında tespit edilen oran %2 iken, 2004 yılında %10, 2009 yılında ise %25 olarak tespit edilmiştir. 2020 yılı için %50 gibi ciddi bir oran tahmin edilmektedir. Evlilik yaşının artması, sosyoekonomik şartlarda farklılıklar, bulaşıcı hastalıklar ve doğum kontrol yöntemlerinin kullanım oranlarındaki artışlar insidansın artmasına neden olmaktadır (28, 31, 32).

4.3.Fertiliteyi Etkileyen Faktörler

Fertiliteyi etkileyen önemli faktörler bulunmaktadır. Gebeliğin meydana gelmesi için bu faktörlerin birbirleri ile uyumlu bir şekilde çalışması gerekmektedir. Faktörler dikkate alınarak tedaviye başlandığı zaman, tedavi sonucunda olumlu gelişmeler artacaktır.

4.3.1.Cinselliğe İlişkin Faktörler

- **Koitus Sıklığı ve Zamanlama:** Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere hafta 4 kez cinsel ilişki önerilmektedir. Cinsel ilişki sıklığında azalma ve yanlış zamanlama infertilite nedenleri arasındadır. İnfertilitenin cinsellik üzerinde baskısı olduğu bildirilmektedir. İnfertil çiftler cinselliği bir görev gibi algılamaya başlamaktadır. Bu durum çiftleri psikolojik açıdan etkilediği gibi cinselliği fonksiyonel olarak da etkilemektedir. Yetersiz algısına kapılan çiftlerde cinsel doyum puanı düşük tespit edilmiştir. Çiftlerin menstruasyon düzeni hakkında bilgi sahibi olması, düzene uygun cinsel ilişkide bulunması belli bir zamandan sonra çiftleri yormaktadır. Siklusun ortasına denk gelen 3 günde cinsel ilişkide bulunmak, gebelik ihtimalinin artmasına neden olmaktadır. Sonuçları olumlu etkilediği belirlenmiştir (1,8, 29).
- **Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE):** Belirti ve bulgularına cinsel organlarda rastlanan, ya da belirti vermeden ilerleyip kronikleşen, cinsel temas ile bulaşan enfeksiyonlardır. Tüm dünyada morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Bizim ülkemizde de önlem alınması gereken önemli halk sağlığı sorunları arasındadır. Türkiye’de ilk vakalara 1985 yılında rastlanmış olup, giderek farkındalığın artması ve tıbbi yöntemlerin gelişmesiyle vaka sayılarında artış gözlemlenmiştir. Tedavi edilmez ve ilerler ise komplikasyonlarının infertiliteye yol açtığı bildirmektedir. CYBE kontrolünde ve önlenmesinde en önemli kriter enfeksiyon taşımayan tek eş seçiminde bulunmaktır. Bir diğer öneri ise korunma, halkın eğitim seviyesinde artış ve aşılmasıdır. Çiftlerin var olan bir enfeksiyon karşısında hızlı bir şekilde tanı konulup, birlikte tedaviye alınması gerekmektedir (17, 33, 34,35).

4.3.2.Sağlık Durumuna İlişkin Faktörler

- **Troid:** Troid hastalıklarında klinik tanılarda infertilite dikkat çekmektedir. İnfertilite tedavisine başlayacak olan bireylerde TSH ölçümü mutlaka yapılmazdır. Yapılan klinik araştırmalarda troid bozukluklarının anovulasyon ya da disfonksiyonel kanamalara neden olduğu belirlenmiştir (36).
- **Antisperm Antikorları:** Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin her ikisinde de meydana gelebilecek alerji durumunun sonucu infertilitedir. İmmunolojik erkek infertilitesinin nedenlerinden biridir. Kadında veya erkekte antikor oluşmuşsa bu antikorlar spermin etkinliğini azaltarak gebelik oluşmasına engel olacaktır. Çözüm olarak intrauterinin seminasyon ya da direkt tüp bebek önerilmektedir (37).
- **İlaçlar:** Bilinçsizce ilaç kullanımı üreme sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Antihipertansif ilaçlar kullanımı, cinsel isteksizlik ve sperm sayısında azalmayla sonuçlanmaktadır. Kanser ilaçları, sperm üretimini ve over fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olmaktadır (29).

4.3.3.Yaşam Biçimine İlişkin Faktörler

- **Yaş:** Fertilitiyi etkileyen en önemli faktörlerden biri yaş faktörüdür. Fertilitenin en verimli olduğu zaman ise 20-25 yaş arasındır. Kadınlarda 35 yaşından sonra, erkeklerde 40 yaşından sonra fertilité şansı azalmaktadır. Kadınlar doğuştan belli bir yumurta sayısına sahiptir. Bu yumurta sayısının arttırılması söz konusu değildir. Aksine belirli periyotlarda yaşla beraber azalan yumurtalar, gelişim sağlayamadığı menopoza döneminde işlev gösteremez hale gelmektedir. Yaşı ilerleyen bayanlarda, genç bayanlara göre daha az oosit ve embriyo elde edilmekte dolayısıyla implantasyon şansı da azalmaktadır. Bu durum tedavinin başarısını da olumsuz etkilemektedir (28,38).

- **Sigara ve Alkol kullanımı:** Gebe kalma süresi sigara kullanımına bağlı olarak uzamaktadır. Spontan gebeliği engellemekle kalmayıp yardımcı üreme tekniklerini de olumsuz etkilemektedir. FSH düzeyinde artış ve oosit miktarında azalma en belirgin olumsuzluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkolün zarar verdiği mekanizma tam olarak bilinmemekle beraber, FSH düzeyinde azalma, östrojen düzeyinde artış ve ovulasyonda baskılanma görülmektedir. Ayrıca sigara ve alkol kullanımıyla birlikte anne yaşında artış ektopik gebelik, abortus, erken membran rüptürü, erken doğum, plasenta previa ve preklamsi olarak anneye ve bebeğe zarar vermektedir (39, 40).
- **Obezite:** Obezite, vücutta aşırı yağ artışı ve yetersiz egzersizle ortaya çıkmakta ve gebeliği engellemektedir. İnfertil çiftlerin her ikisinde de meydana gelebilecek bir sağlık problemidir. Kadınlarda; plazma androjenleri, insülin ve luteal hormon (LH) da artış, seks hormonu bağlayıcı globulin (SHBG) seviyesinde azalma nedeniyle anovulasyon görülmektedir. Erkeklerde; sperm kalitesinde ve motilitesinde azalma infertiliteye temel hazırlayan faktörlerdir. DNA hasarlarına neden olduğu bulunmuştur (41).
- **Egzersiz:** Aktif bireylerle karşılaştırıldığında, sedanter yaşamı tercih eden kişilerde daha fazla kronik hastalık ve psikososyal sorunlar görülmektedir. Egzersizin insülin duyarlılığında artışla, over fonksiyonlarda ve gebe kalma oranında artışı dikkat çekmektedir. Kadınlar ile yürütülmüş çeşitli çalışmalarda; beden kitle indeksi (BKİ) nin ideal seviyelerde tutulması, egzersizin vermiş olduğu pozitif enerjiyle, psikososyal açıdan kendini daha iyi hisseden kadınlarda gebelik şansının arttığı gözlemlenmiştir (40, 42).
- **Stres:** Stres hem erkek hem de kadın için nedeni belirsiz infertilite de etken olarak gösterilmektedir. İnfertil çiftler, tedavi süreçlerinin uzun, pahalı ve yapılan işlemlerin fiziksel olarak ağırlı geçmesinden dolayı düzeyleri birbirinden farklı stres yaşadıklarını ifade etmektedirler. Stres bir infertilite nedeni olabildiği gibi, infertilite de bir stres kaynağı olabilmektedir. Üreme sistemi hormonlarının salgılanmasından sorumlu hipofiz strese karşı

hassasdır. Stresin yüksek olduğu kadınlarda, gebelik şansı giderek azalmaktadır. Çünkü stresle beraber yeme bozuklukları, menstruasyon siklusta düzensizlik, amenore, ve oosit sayısında azalma görülmektedir. Erkeklerde ise sperm sorunları, erken veya geç ereksiyon yaşanmaktadır (5,29,33).

4.4.Etyolojisi

İnfertilite nedenleri çeşitli toplumlar ve kültürler arasında farklılık göstermektedir. Yaş, cinsiyet, günlük yaşam aktiviteleri ve alışkanlıkları bu farklılıkları desteklemektedir. Genel olarak infertil çiftlerin ortak sorunları; %25 ovulasyon bozuklukları, %25-30 tubal sorunlar, %40 erkek faktörüdür. %10-15 idiyopatikinfertilite olarak karşımıza çıkmaktadır. İnfertilite nedenleri hem kadına hemde erkeğe ait olduğu durumlarda psikososyal sorunların daha fazla olduğu saptanmıştır (2, 8, 43).

4.4.1.Kadına Ait Nedenler

4.4.1.1.Ovulatuar Bozukluk

Kadınlarda en sık görülen infertilite nedeni olup, kadın kaynaklı faktörlerin %30-40'ını oluşturmaktadır. Sağlıklı bir ovulasyonun oluşması için; hipofiz, hipotalamus ve over fonksiyonları düzenli bir işleyiş içinde olmalıdır. Bu işleyişin herhangi bir fonksiyonunda bozukluk olması durumunda, anovulasyon meydana gelmektedir. İnfertil kadında ovulasyon varlığı mutlaka tespit edilmelidir (9, 38, 43, 44).

Ovulasyon tespitinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır;

- **Anamnez:** 21-35 günde bir düzenli adet görmek, adet öncesi vücutta özellikle göğüslerde şişkinlik ve hassasiyet, premenstrual semptomların varlığı ovulasyon belirtileridir.
- **Bazal Vücut Isısı:** Menstruasyon siklusun ilk gününden itibaren uyandıktan sonra yataktan kalkmadan önce her sabah aynı saatte vücut ısısının ölçülmesi ve kaydedilmesiyle yapılmaktadır. Preovulatuar dönemde vücut sıcaklığı 36,5°C normal değerlerde görülmektedir. Ovulasyon sonrasında progesteron hormonunun artmasıyla vücut sıcaklığında 0,2-0,3 °C artış meydana gelmektedir.

- **Endometrial Biyopsi:** Geç Lutuel faz döneminde, tahmin edilen, beklenen menstruasyon tarihinden 3 gün önce alınmaktadır. Proliferatif endometriumun varlığı, anovulasyonu işaret etmektedir. Siklus gününe göre 2 gün ya da daha fazla gecikme luteal faz yetmezliğini düşündürmektedir. Uzmanlar arasında yorum farklılığı olması ve invaziv işlem gerektirmesi nedeniyle çok tercih edilen bir yöntem değildir. Güvenirliği tartışma konusu olmaktadır.
- **LH Ölçümü:** Ovulasyon LH yükselmeye başladıktan 34-36, LH pikinden 10-12 saat sonra gerçekleşir. Bu nedenle LH yükselmesiyle ovulasyonun varlığı tespit edilebilmektedir. LH sabah saatlerinde salgılanmaktadır. Salgılandıktan birkaç saat sonra idrarda görülmektedir.
- **Midlutuel Serum Progesteron Ölçümü:** Serum progesteron düzeyinde artış, ovulasyonun indirekt belirtisidir. Ovulasyon süresinde progesteron salgılanmaya başlar, gittikçe artar ve 21. güne denk gelen midluteal fazda en yüksek değere ulaşmaktadır. Serum progesteronunun 3-5 ng/ml'nin üstünde olması ovulasyon varlığının göstergesidir.
- **Ultrasonografik İzlem:** Ultrasonografik izlem ile folikül gelişimi, ovulasyon sonrasında folikülün gerilemesi izlenerek ovulasyon varlığı tespit edilmektedir. Menstruasyon siklusun 3. Günü transvaginal ultrasonografiyle overler değerlendirilmektedir. Dominant folikül, sorunsuz gerçekleşen siklusların 5-7. Günlerinden ovulasyona kadar 1-4 mm/gün büyüme göstermektedir. Ovulasyon genellikle folikül çapı 21-23 mm olduğunda gerçekleşmektedir (9, 44, 45, 46).

4.4.1.1.1. Luteal Faz Yetmezliği

Ovulasyonun gerçekleştiği durumlarda, yetersiz bir luteal fazdan dolayı, oluşan korpusluteumda progesteron fonksiyonlarında yetersizlik anlamına gelmektedir. Bu yetersizlikten dolayı, endometrium gebelik için hazırlanamamakta ve gebelik oluşmamaktadır. Progesteron seviyesiyle lutuel faz yetmezliği arasında bağlantı

olduğu düşünölmektedir. İnfertil tedavisi gören kadınların %3-4'ünde rastlanan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (24, 33, 47).

4.4.1.1.2. Polikistik Over Sendromu

1935 yılında Stein Leventhal tarafından 7 hastadan oluşan bir çalışma grubunda ilk kez tanımlanmıştır. Polikistik over sendromu, üreme çağındaki kadınların %5-10'unu etkileyerek, en sık görölen endokrin bozukluktur. Hiperandrojenizm ve anovulasyon şikayetleriyle kendini belli etmektedir. Ultrason muayenesinde normelden büyük overler, kalın over kapsölü ve kapsöl altında mercimek büyüklüğünde, inciler gibi dizilmiş foliküller ile kendini göstermektedir. Anovulasyona ve düzensiz menstruasyon siklusuna neden olarak infertiliteyi tetiklemektedir. Uzun süreli yaşanan anovulasyon, meme ve endometrium kanserleri için risk faktörüdür. PCOS'nun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) ve FSH, LH düzeninde bir bozukluk sonucu ortaya çıktığı düşünölmektedir. Tedavi için başvuran hastaların %30- 40' ında LH seviyesi olması gerekenden yüksektir. Diğer klinik belirtilerin yanı sıra Rotterdam 2003 Kriterlerinde 3 maddeden 2'si PCOS tanısı için yeterli görölmektedir;

- Anovulasyon veya oligo-ovulasyon belirtileri
- Klinik veya biokimyasal hiperandrojenizm
- Ultrason muayenesinde polikistikover görünümü(29, 33, 47, 48, 49)

PCOS'lu kadınların gebelik boyunca dikkatli olmaları gerekmektedir. Gebelikte yaşanma ihtimali bulunan diyabet, preeklamsi ve erken doğum riski bulunmaktadır. Gebelik oluşmaması durumunda, PCOS kaynaklı infertilitede in vitro fertilizasyon önerilmektedir. Tedavisinde gonadotropinlerin uygulandığı hastalarda, ovarian hiperstimölasyon sendromu'nun yaşanması olası bir ihtimaldir (50).

4.4.1.2.Servikse İlişkin Faktörler

Servikse bağlı faktörler, çiftlerde nadir olarak infertilite sebebi olmaktadır. Bu faktörler; serviksin yapısı, mukusu ve enfeksiyonuyla ilgilidir. Mukus üretiminin artmasından sorumlu östrojen, baskılanmasından sorumlu olan progesterondur. Servikal mukus sperm geçişinde önemli bir etkidir. Mukusun çeşitli fonksiyonlarıyla vajinaya temas eden spermlerin canlı kalma süresi ve cinsel ilişki ile

ovulasyon arasındaki süre uzamaktadır. Ovulasyon öncesinde mukus miktarında artış, yapısında değişiklik meydana gelmektedir. Ovulasyon dönemine yakın artan mukus, herhangi bir enfeksiyon durumunda sperm geçişini etkileyerek infertilite sorunu ortaya çıkmaktadır. Servikal mukusta meydana gelen değişimler, mukusun fonksiyonlarını etkileyerek işlevine engel olmaktadır. (43, 51).

4.4.1.3.Uterusa İlişkin Faktörler

İnfertil çiftlerde gerekli muayeneler sonucunda, bir kısmında uterusu ait faktörler tespit edilmektedir. İnfertilite tanısı için, uterusun muayenesi önemli ve atlanmaması gereken bir faktördür. Bu faktörler içinde; doğuştan ya da sonradan oluşan anatomik anomaliler, endometriyal yaralanmalar, intrauterin yapışıklıklar, myomlar ve polipler bulunmaktadır. Küretaj ve intrauterin enfeksiyonlar, intrauterin yapışıklıkların nedeni olmaktadır. Tanı için ultrason, laparoskopi, histerosonografi, histeroskopi ve histerosalpingografi (HSG) önerilmektedir. Uterusa ilişkin faktörler, gebelik oluşmasına etkisi az olmasına rağmen, oluşan gebeliklerin spontan abortus ile sonuçlanmasına neden olmaktadır. Bazı uterus anomalileri gebelik ihtimalini taşımamaktadır. Bu hastalar için en uygun yöntem IVF tedavi seçenekleridir (33, 47, 51, 52).

4.4.1.3.1.Endometriozis

Endometriyal stomanın uterus dışında ektopik olarak yerleşimine endometriozis denilmektedir. Tanının konulması 1980 yılından itibaren olmasına rağmen, hala tam olarak patogenezi açıklanamamaktadır(53). Menopoz döneminde az rastlanan bu durum, çoğunlukla üretken çağda genç bayanlarda görülmektedir. Bunun sebebi, dokunun gelişimi için östrojen hormonuna gerek duyulmasıdır. Endometriozise daha çok overler, uterus, pelvik periton ve servikste rastlanmaktadır. Overleri olumsuz yönde etkileyerek batın içi yapışıklıklara neden olan endometriozis, infertilite için önemli bir risk faktörüdür (54).

Hiçbir semptom endometriozis için özgün olmamasına rağmen eklenebilecek yorgunluk hissi, endometriozisi düşündürmelidir. Genel olarak dismenore (%60-80), pelvik ağrı (%30-50), infertilite (%30-40), dispareni (%25- 40), menstrüel siklusa düzensizlik(%10-20), dizüri – hematüri (%1-2), rektal kanama (%1) olarak

bildirilmektedir. İlk belirtilerin görülmesinden tanı konulmasına kadar 7-12 yıl geçme ihtimali tedaviyi geciktirmektedir. Bu nedenle genç bayanlarda pelvik ağrı varlığında endometriozis düşünülmelidir. Daha kolay tanı konulması için, premenstrual ya da menstrual dönemde muayene yapılmalıdır. Ultrasonografi (USG), manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve laparoskopi uygulanması gereken önerilen tetkiklerdir (55, 56).

4.4.1.4. Tubal Faktör

Fallop tüpleri zarar görmesi fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucunda infertiliteye neden olmaktadır. Nedenleri; Pelvik inflamatuvar hastalık, abortus, rüptüre apandisit, ektopik gebelik, önceden geçirilmiş ameliyatlar, tüplerin cerrahi olarak bağlanması olarak sıralanabilmektedir. Tüplerde bulunan tıkanıklık sperm ve yumurtanın buluşmasını engelleyerek fertilizasyonu engellemektedir. İnfertilite tanısı alan hastalarda tubal faktörlerin değerlendirilmesinde histerosalpingografi (HSG) ve laparoskopinin yapılması önerilmektedir. HSG, menstrualsiklusun 6-10. Günü yapılması gerekmektedir. Gerektiği durumlarda, uygun hastalarda tedavi edici olarak da kullanılmaktadır. HSG’de bilateraltubal faktörlere rastlanmışsa ileri tetkik olarak laparoskopi yapılmaktadır. Son zamanlarda, laparoskopi tubal faktörlerin saptanmasında en güvenilir yöntem olarak tercih edilmektedir (28, 29, 57).

4.4.2. Erkeğe Ait Nedenler

Erkek infertilitesi doğal yollardan spontan olarak erkeğin baba olamaması durumudur. Üreme sağlığında ve infertilitede yaşanan gelişmeler erkek infertilitesine de yansımaktadır. Son 15 yıl içinde uygulanan bilimsel çalışmalar sayesinde ilerlemeler görülmektedir. Önceki zamanlarda toplumun yüklediği sorumluluğunda etkisiyle infertilite nedeni olarak sadece kadınlar değerlendirilmekteydi. Ancak günümüzde %20-40 erkek kaynaklı infertilite yaşandığı bildirilmektedir (58).

İnfertilite tedavisinde başarı sağlayabilmek için, öncelikle doğru nedenin bulunması gerekmektedir. Erkeğe ait infertilitede nedenin bulunması için uygulanan testler, kadına ait infertilitede uygulanan testler kadar karışık ve zaman alıcı değildir. Sperm analizinin erkek infertilitesinde önemli bir yeri vardır. Son yıllarda yapılan araştırmalar sonucu görülen semen kalitesinde düşüş, erkek infertilitesi için bir risk

faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı hastalar içinde, sperm değerleri ideal olsa da cinsel fonksiyon bozuklukları genetik nedenler infertilite nedeni olarak görülmektedir (51, 59, 60).

Erkek İnfertilitesi Değerlendirilmesinde ;

Farklı nedenlerle ortaya çıkan erkek infertilitesinin değerlendirilmesinde anamnez ve fizik muayeneyi takiben semen analizinin yapıldığı ve bunun da tanıda son derece önemli olduğu bilinmektedir. Anamnezi değerlendirilen hastadan semen örneği vermesi istenmektedir. Cinsel perhiz sonrası 3-5. gün semen analizi yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirlenen parametreler ile semen analizi değerlendirilmektedir. 1999 yılından kullanılmaya başlanan parametreler 2010 yılında revize edilmiştir (28, 59, 61, 62).

Tablo 4.4.2.1: WHO'ya Göre Normal Semen Parametreleri

Normal Sperm Parametreleri	WHO 1999	WHO 2010
Volüm	2.0 ml ve üzeri	1.5 ml ve üzeri
PH	7,2-7,8	7,2-7,8
Sperm Konsantrasyonu	20 milyon/ml ve üzeri	15 milyon/ml ve üzeri
Total Sperm Sayısı	40 milyon ve üzeri	39 milyon ve üzeri
Motilite (Hareketlilik)	%50'den fazlası motil	%40'dan fazlası motil
Morfoloji (Şekil)	%14den fazlası normal morfoloji	%4'den fazlası normal morfoloji
Vitalite (Canlılık)	%50'den fazlası canlı	%58'den fazlası canlı
Lökosit Miktarı	1 milyon/ml den az	1 milyon/ml den az

Verilen semen örneği bu kriterlere göre normale erkek fertil kabul edilmektedir. Saptanan herhangi bir olumsuzluk durumunda semen örneği tekrarlanmalıdır ve devamlı olup olmadığı takip edilmelidir. Değerlendirilmeye alınan erkeğe infertil denilebilmesi için ilk örnekten sonra yaklaşık 6 hafta ara ile 2 kez daha örnek verilerek değerlendirilmeye alınması gerekmektedir (28).

4.4.2.1. Anormal Sperm Bulguları

Normospermi: Sperm analizinde tüm kriterlerin normal bulunmasıdır. Bu durumda cinsel işlev bozukluğu, kadın kaynaklı infertilite ya da açıklanamayan infertilite düşünülmelidir.

Aspermi: Ejakulat ya da seminal sıvının hiç olmaması durumudur. Azoospermi ile ayırt edilmelidir. Spinalkord yaralanmaları en sık görülen nedenleri arasındadır. Ayrıca orgazm olmaması ve psikolojik nedenlere de rastlanmaktadır.

Nekrozoospermi: %0.2- 0.5 oranında görülen ejakulatta hareketsiz durumda bulunan tüm spermilerin ölü bulunmasıdır. Detaylı incelenmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Hipospermi: Ejakulat volumünün 2 ml'den az olmasıdır. Nedenleri arasında Retro gradejakülasyonu, örnek hazırlanması sırasında dökülmüş olma ihtimali ve ejakülasyon kanalında tıkanıklık görülmektedir.

Hiperspermi: Ejakulat volumünün 8 ml.'den fazla olmasıdır. Cinsel perhiz süresinin uzun olması etkileyen önemli faktörlerden biridir.

Teratospermi: Morfolojisi bozuk sperm sayısının %4'den fazla olmasıdır. Normal şartlarda oositin döllenenmesini sağlayamayan spermiler ancak IVF yöntemi ile etkin hale gelebilmektedir.

Astenospermi: Hareket yapısının normalden düşük olması, motil sperm yüzdesinde ya da ileri harekette veya her ikisinde de azalması durumudur.

Oligozoospermi: Sperm sayısının az oluşunu ifade etmektedir. Sperm konsantrasyonunun 20 mil/ml den az olmasıdır.

Azoospermi: Menide hiç sperm bulunmamasıdır. İnfertil erkeklerde %10-15 oranında rastlanmaktadır. Bu durumda testiste hiç sperm üretimi olmaması ya da

doğuştan varolan bir sağlık sorun düşünölmektedir. Bu durumla karşılanana infertil erkeğe, genetik testler yapılması önerilmektedir. Çeşitli cerrahi yöntemler ile sperm elde edilmeye çalışılmaktadır (9, 38, 63).

4.4.2.1.1.Sperm Elde Etme Yöntemleri:

Perkutan Epididimal Sperm Aspirasyonu(PESA): İğne ile testisin üzerinde bulunanepididimise girerek sperm elde edilmesidir. Skrotum açılmadan deriye uygulanan bir enjeksiyon yardımıyla yapılmaktadır. Mikroskop altında Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA)'na göre daha pratik, daha kısa sürede yapılmaktadır.

Mikroskop altında Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA): Sperm taşıyan kanallarda doğuştan ya da sonradan yaşanan fonksiyon yetersizliği sonucunda menide hiç sperm bulunmamasına obstrüktif (tıkanıklığa bağlı) azospermi adı verilmektedir. Obstrüktifazospermi durumunda lokal yada genel anesteziyle uygulanan mikrocerrahi ile epididimisten sperm elde edilmesine MESA denilmektedir.

Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA): Ameliyata gerek duyulmadan iğne ile testise girerek sperm elde edilmesidir. Testisten Biopsi İle Sperm Elde Edilmesi(TESE) işlemi öncesinde uygulanan aşamadır. Yeterli sperme rastlanmadığı hastalarda, sperm taşıyan kanallarda tıkanıklık olmadığı durumlarda sperme ulaşmak amaçlanmaktadır.

Testisten Biopsi İle Sperm Elde Edilmesi (TESE): Anormal sperm bulgularından azospermi ve astenospermi durumunda olan infertil erkekler uygulanmaktadır. Testisten doku örnekleri alınarak sperm elde edilmesi işlemidir. Anestezi eşliğinde testisin farklı bölgelerinden alınıp incelenen doku örneklerinde sperm bulunabilmektedir. Bulunan spermeler yardımcı üreme teknikleri için işleme hazırlanmaktadır.

Mikroskop altında Testiküler Sperm Ekstraksiyonu(Mikro TESE): Testislerden sperm bulunma şansını arttırmaya yönelik testis kanalları açılarak Mikroskop altında alınan biyopsi ile sperm elde edilmesidir (9, 28, 29,64).

4.4.2.2.Genetik Faktörler

Erkek infertilitesinde genetik değerlendirme yapılmasının ana nedenleri azospermi ve oligospermi bulgularına rastlanmış olunmasıdır. Genetik değerlendirme yapılmasının bir diğer amacı tedavi sürecini ve doğacak çocuğun sağlık durumunu etkileyip etkilemeyeceğinin tespit edilmesidir. Anormal sperm bulguları saptandığı durumlarda, çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftte yardımcı üreme teknikleri önerilmektedir. Ancak bu yöntemlerle doğacak çocuklara babadan kaynaklı genetik hastalıklar aktarılacaktır. Erkek kaynaklı infertilitede en sık rastlanan faktörler; Sperm fonksiyonlarını direkt olarak etkileyen genetik sendromlar, Y-kromozom mikrolezyonları, Testis fonksiyonlarını bozan kromozom anomalileri ve Konjenital vaz deferensagenezine neden olan kistik fibrozis gen mutasyonlarıdır (65, 66).

4.4.2.3.Hormonal Faktörler

İnfertilite nedenleri arasında %3 olarak saptanan, hormonal değerlendirmenin temel amacı endokrin bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunmasıdır. Endokrin muayenesi; anormal sperm bulguları, cinsel istekte azalma, testis anomalileri görülen durumlarda yapılmaktadır. Bu aşamada ilk yapılması gereken test sabah saatlerinde serum testosteron ve FSH düzeyleridir. Hipotalamus-hipofiz-gonadlar ekseninin sorunsuz çalışması, yeterli sperm üretimi anlamına gelmektedir. Hipotalamic nörosekretuar hücreler gonadotropin-relasing hormonu (GNRH) üretiminden sorumludur. Bu hormon salgılanarak hipofiz bezine ulaşmaktadır. Hipofizin anterior bölgesindeki gonadotropinlerin uyarılması ile (FSH) ve lüteinize edici hormon (LH) salgılanmaktadır. LH, Leydig hücrelerinin reseptörlerine bağlanarak hücre içi döngüsel adenozinmonofosfat (cAMP) seviyesinin artışı sağlamaktadır. Bu durum Leydig hücrelerinden testosteron üretiminin artışına sebep olmaktadır. FSH olmadan spermiyogenez oluşmazken, spermatogenezin başlaması için testosteron gerekmektedir. Hipotalamus ve hipofiz ekseninde bozukluk, FSH, LH ve testosteron seviyelerinde azalma olarak yansımaktadır. Bu durumda azalmış sperm üretimi ve uyarı eksikliği yaşanmaktadır. Hipotalamus yaşanan bozukluklar büyük bir çoğunlukla doğumsal anomaliler ile birlikte kendini göstermektedir (28, 67, 68).

4.4.3.Nedeni Açıklanamayan İnfertilite

Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde, yapılan gerekli araştırmalar sonucunda herhangi bir patolojiye rastlanmaması durumudur. infertilite nedenleri arasında en yaygın nedenlerden biridir. İnfertil çiftlerde yaklaşık %10-15'inde nedeni açıklanamayan infertilite görülmektedir. Büyük bir çoğunlukla infertil kadınlarda 30 yaş üstünde daha sık rastlanmaktadır. Bundan dolayı oosit kalitesinden kaynaklı, saptanamayan problemler olduğu düşünölmektedir. Açıklanamayan infertilite tanısı almış çiftlerin bir kısmında kendiliğinden gebelik meydana gelebilmektedir. Ancak doğal yollardan gebelik şansı, infertilite süresi uzadıkça azalmaktadır. Tedavi görmeden gebelik oluşma şansı ile tedavi sonucu gebelik oluşma şansı arasında önemli bir farka rastlanmamıştır. Bu durumu yaşayan infertil çiftler daha fazla bıkkınlık, yalnızlık, stres, endişe ve tedavi sürecini uyumsuzluk yaşamaktadır. Diğer nedenlerden kaynaklı infertilite tanısı almış çiftlere olduğu gibi, bu çiftlere de gerekli ve yeterli açıklamalar sağık çalışanları tarafından verilmelidir (7, 12, 69, 70, 71).

4.5.Yardımcı Üreme Teknikleri

Çeşitli nedenlerle spontan gebelik oluşmadığı zamanlarda, gebelik oluşması için yapılan tüm işlem ve tedavilere Yardımcı Üreme Teknikleri denilmektedir. Türkiye'de ilk tüp bebek uygulaması dünyadaki gelişmelere takiben, 1989 yılında dünyaya gelmiştir. Tedavi sürecinin yeni olmasının da etkisiyle sadece büyük şehirlerde İstanbul, Ankara, İzmir vb. birkaç hastanede işlemler gerçekleştirilmiştir. Ancak bu zamanda herkes tarafından bilinmeyen, öğrenilmeyen bir tedavi yöntemi olarak kalmıştır. 2000'li yıllarda ödeme sürecinde devlet desteğı ve artan başarı oranıyla daha fazla çifte tedavi şansı tanınmış olmuştur. Bu gelişmelerinde etkisiyle şuan dünyada uygulama açısından Türkiye ilk onda yerini almıştır (5, 72).

4.5.1.İntra Uterin İnseminasyon (IUI)

İntra Uterin İnseminasyon (IUI), hazırlanan spermin uterin kaviteye verilmesi işlemidir. İnfertilite tanısı almış çiftler için yüksek başarı oranına sahip, ilk tercih edilen, birinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir. Diğer yöntemlere göre

uygulaması daha az invaziv işlem gerektiren, daha kolay, maliyeti daha düşük olan etkili bir yöntemdir (73).

En çok ovulasyon bozuklukları, servikal faktör, erkek kaynaklı infertilite ve nedeni açıklanamayan infertilite tedavisinde kullanılmaktadır. İntrauterinin seminasyonda aşamalar: overyan stimülasyon, siklusun monitorizasyonu, inseminasyon zamanlaması, sperm hazırlanması, hazırlanan sperm ile inseminasyon yapılmasıdır.(29, 74) İntrauterin inseminasyon işlem sonrası, menstruasyon görmeyen infertil kadınlara 14. Günde gebelik tespiti için β -HCG bakılmaktadır. Sonucun pozitif olduğu durumlarda ultrason ile takibe devam edilmektedir (75).

4.5.2. InVitroFertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)

Invitro fertilizasyon (IVF) yardımcı üreme teknikleri arasında en sık tercih edilen yöntemdir. Bu yöntem infertilitenin bütün nedenlerinde kullanılan bir tedavi çeşidi olmaktadır. Birçok hastada başarı sağlanmasının nedeni spermın direkt yumurta içerisine girmesine dayanmaktadır. İşlem olarak, yumurta toplama işlemi (OPU) sonrasında laboratuvar ortamında oosit ve spermın bir ortamda tutularak fertilizasyonun gerçekleşmesi beklenmektedir. Fertilizasyon gerçekleştikten sonra embriyonun uterusu verilmesi işlemine embriyo transferi (ET) denilmektedir. Oositlerin aspirasyonu ve sperm elde edilmesi sonucunda embriyo transferi gerçekleşmektedir (33, 76).

4.5.3. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)

IVF'e ek olarak geliştirilen yöntemlerden biri olup daha kolay ve daha nadir tercih edilen bir işlemdir. IVF'ı uygun görmeyenler için ideal görünse de anestezi ve laparoskopiye ihtiyaç duyulmaktadır. İşlemin içeriği ve başarı oranı IVF'e benzemektedir. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) için infertil kadında tüplerden birinin mutlaka açık olması gerekmektedir. Ovum ve spermier direkt fallop tüplere tranfer edilerek fertilizasyon sağlanmaktadır. Vajinal giriş oosit toplanmasında tercih edilen yoldur. Spermın uterus ve servikste yaşayamadığı durumlarda tercih edilmektedir. Ayrıca endometriozis ve genç yaşa sahip hastalara da uygulanmaktadır (18, 77).

4.5.4. Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)

Spermin yumurta ile birleşmesinde engel olan durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Tuba embriyo transferi olarak bilinmektedir. IVF ve GIFT yöntemlerinin birlikte kullanılmasıdır. Sitimüle edilmiş foliküller vaginal yoldan toplanıp laboratuvar ortamında fertilize edilmektedir. Oluşan zigot laporoskopi ile fallop tüplerine yerleştirilmektedir. Embriyonun uterusu implantasyon sürecini yaşaması beklenmektedir (18, 33, 38).

4.5.5. İntra Stoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

Mikroskop altında en yüksek kalitedeki tek bir spermin, zona pellusida tek bir yerden oosit içine enjekte edilmesidir. İşlem sırasında kullanılan spermier ejakülattan ya da testis biyopsisinden elde edilmektedir. Döllenme için tek bir sağlıklı sperm hücresi yeterli görülmektedir. IVF uygulamalarında başarısız olunduğu zamanlarda, ya da bulguların IVF uygulanamayacak kadar kritik olduğu zamanlarda tercih edilmektedir. Özellikle Anormal sperm bulgularına sahip erkek infertilitesinde ve nedeni açıklanamayan infertilite tedavisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Fertilizasyon oranını etkisi %50 ve üzerinde bildirilmektedir. Zamanla gelişen tedavi seçenekleriyle birlikte yardımcı üreme teknikleri de günümüzde yerini almaktadır. Ancak en çok uygulanan ve kabul edilen IVF ve ICSI olarak gözlemlenmiştir (78, 79).

4.5.6. Donör Kullanılarak Yardımcı Üreme Teknikleri

Tüp bebek yöntemiyle olumlu sonuç alamayan infertil çiftler çözümü başka yöntemlerde aramaktadır. Teknoloji ve tıp alanında yaşanan gelişmeler bu konuda da yol gösterici olmakta ve karşımıza yeni kavramlar çıkartmaktadır. Ülkemizdeki yönetmeliklerde henüz bu tedavi seçenekleri yerini almamaktadır (29, 33).

4.5.6.1. Taşıyıcı Annelik

Yardımcı üreme teknikleri deneyen infertil çiftler bazı durumlarda olumlu sonuç alamamakta, çocuk sahibi olamamaktadır. Bu çiftlerden alınan oosit ve sperm hücresinin laboratuvar ortamında döllenmesiyle oluşan embriyonun yabancı bir kadının uterusuna yerleştirilmesi, gebelik yaşaması taşıyıcı annelik olarak adlandırılmaktadır. Bu durumu yaşayan kadına taşıyıcı anne denilmektedir. Taşıyıcı

anne, bu koşullarda yaşanan gebelikte çocuğa genetik açıdan katkı sağlamamaktadır. Gönüllü yapılmasının yanında belli bir ücret karşılığında da yapılabilir. Taşıyıcı annelik için başvuran çiftlerin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. İnfertil kadının üreme sağlığı problemleri olabilmektedir. Genç yaşta uterusun alınması, uterusmyomları ve adhezyonları, immünolojik sorunlar, üreme organları anomalileri gibi tıbbi nedenler gebelik yaşanmasına engel olabilmektedir (29, 33, 80, 81).

Dünyanın birçok yerinde uygulanan taşıyıcı annelik, sosyal açıdan yardımcı üreme tekniği olarak kullanılmaktadır. Ancak çocuğun annesinin kimin olduğu hukuki ve psikolojik açıdan karışıklık yaratmaktadır. Bu sebeple taşıyıcı anne avukat psikolog ve psikiyatri ile değerlendirilmeli herkes için en doğru çözüml aranmalıdır (79).

4.5.6.2. Oosit Ve Sperm Bağışı

Gebelik oluşması için gereken oosit ve spermin infertil anne ve babadan alınmayıp yabancı bir kişiden alınması durumuna bağışlama (donasyon) adı verilmektedir. Oluşturulan embriyo anne adayının uterusuna yerleştirilmektedir. Yardımcı üreme tekniklerine göre daha nadir uygulanmaktadır. Sperm bağışı anormal sperm bulgularına sahip infertil erkekler için bir umut kaynağı olmaktadır. Yaşanan sağlık problemlerinin çözümlünde yaşanan yetersizlik ve bağışçıya sağlanan yüksek maliyet sperm bağışını artıran faktörler arasındadır. Oosit bağışında bağışçıların az olması ve yaşanan over problemleri, bağışa olan ihtiyaç ve isteği arttırmaktadır. Oosit bağışı üretken çağda bulunan, sağlık sorunu bulunmayan fertil kadınlardan tercih edilmektedir. Bağışçının Sağlık durumu ve genetik özellikleri infertil bireyler açısında önemli görölmektedir. Oosit bağışı ile gebelik yaşamak isteyen kadınlar için yaş sınırı bulunmamaktadır. Ancak fertilitiyi etkileyen önemli faktörlerden biri olan ileri yaş, birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte ve gebelik olumsuz etkilenmektedir.

Sahibi bilinmeyen oosit ve sperm ile oluşun gebelikler etik açıdan tartışılmaktadır. Gizlilik ve mahremiyet açısından bağışçının bilinmemesi, infertil anne ve baba adayları tarafından tercih edilmektedir. Bizim ölkemizde uygulanması yasak olan bu yöntem bazı ölkelerde uygulanmaktadır (79, 82).

4.5.7. Yardımcı Üreme Tekniklerinin Komplikasyonları

Uygulanan tüm tıbbi tedavilerde olduğu gibi yardımcı üreme tekniklerinde de istenmeyen olumsuz sonuçlarla karşılaşıldığı durumlar olmaktadır.

4.5.7.1.Ovaryan Hiperstimulasyon Sendromu (OHSS)

Invitrofertilizasyon (IVF) tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi olarak gelişen hayati tehdit taşıyan önemli bir tablodur. IVF tedavisinin gelişebilecek en önemli komplikasyonu olarak görülmektedir. Hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır. Overleri uyarmak amacıyla kullanılan ilaçlardan ve OPU işlemi sırasında fazla yumurta toplanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Klinik belirtileri fazla olan ovaryan hiperstimulasyon sendromu(OHSS) nun ilk tanısı muayene ile konulmaktadır. Over boyutunda ve folikül sayısında artış, over kistleri, artmış steroid hormonuna rastlanmaktadır. Batında periton boşluklarda serbest sıvı artışı görülmekte ve hastanın nefes alışverişinde sorunlar oluşturmaktadır. Tedavi gören hastalar öncelikle bu şikayetlerle kliniğe başvuru yapmaktadır. OHSS tablosunda spesifik bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Klinik belirtilerin tedavi edilmesi öncelik taşımaktadır (83, 84).

4.5.7.2.Çoğul Gebelik

Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımında artışla birlikte çoğul gebeliklerin de yaşanma oranında artışlar bildirmektedir. Ülkemizde ikiz doğum sıklığı 18.6/1000, üçüz doğum sıklığı 0.03/1000 olarak bildirilmektedir. Transfer işlemi sırasında birden çok embriyo transfer edilmesinin sonucu olarak görülmektedir. İnfertil çiftler tarafından bir şans olarak görülmesinin yanında, tıbbi açıdan olumsuzluklar yaşanabilmektedir. Gebeliğin ilerleyen aylarında erken doğum nedeniyle kayıplar daha sık yaşanmaktadır. Morbidite ve mortalite yaşanmasının en önemli nedeni prematüre doğumlardır (85, 86).

4.5.7.3.Ektopik Gebelik

Embriyonun endometrium dışında implantasyonu ektopik gebelik olarak adlandırılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri sonucunda gerçekleşen gebeliklerde %1.3-2 oranında rastlanılmaktadır. Enfeksiyon, tuba hasarı veya cerrahisi, rahim içi araç (RIA) ektopik gebelik için risk faktörleridir. Ektopik gebeliğin belirtileri

abdominal ağrı ve vajinal kanamadır. β -hCG değerleri ve rutin uygulanan ultrasonografi muayeneleri sayesinde saptanan ektopik gebelikte, ölüm oranlarında azalma sağlanmaktadır. Ektopik gebelik tedavisinde ilaç ve cerrahi yöntemler tercih edilmektedir. Metotreksat isimli ilaç, düşük β -hCG düzeyinde cerrahi yöntemlere gerek kalınmadığı durumlarda kullanılmaktadır. İlaç kullanımı mutlaka sağlık ekibi kontrolünde olmalıdır. Cerrahi müdahale gereken durumlarda laparoskopik ya da açık ameliyat uygulanmaktadır. Her iki tedavi yönteminde de amaç fertilité yeteneğini korumaktır (87).

4.5.7.4.Heterotopik Gebelik

Aynı andan hem uterus içinde, hemde uterus dışında implantasyonu gerçekleşmiş gebeliğe heterotopik gebelik adı verilmektedir. Şansı arttırmak adına birden fazla emriyotranfer edilmiş kişilerde görülme riski artmaktadır. Normal şartlar altında nadir görülen heterotopik gebelik, yardımcı üreme teknikleri ile meydana gelen gebeliklerde daha sık rastlanmakta ve %1 oranında görülmektedir. Erken tanı mümkün olmamaktadır. Abdominal ağrı ve kanama ile belirti vermektedir. Kesin tanı ultrasonografi ile konulmaktadır. Tanı kesinleştğinde uterus dışında meydana gelen komponent cerrahi olarak çıkarılmaktadır. İntrauterin gebelik devam açısından beklenmektedir (88).

4.5.7.5.Over Torsiyonu

Overlerin kendi etrafında dönmesiyle meydana gelmektedir. Overler kendi etrafında döndüğünde oluşan burkulmalar nedeniyle kan damarlarında tıkanma ve kan akımında sorunlar görülmektedir. Tüm yaş gruplarında rastlandığı gibi, daha çok üreme çağındaki kadınlarda yaşanmaktadır. Çoğunlukla tek overde rastlanmaktadır. Tam olarak nedenleri bilinmemektedir. Over ile uterus arasındaki bağın uzun olması, overlerin aşırı büyümesi, overde görülen tümörler nedeniyle over torsiyonu yaşanmaktadır. Klinik semptomları; abdominal hassasiyet ve ağrı, ateş, bulantı ve kusmadır. Tanıda ultrasonografi muayenesi yardımcı olmaktadır. Tedavisinde cerrahi müdahaleler uygulanmaktadır (89).

4.5.8.Yardımcı Üreme Teknikleri ve Yaşanan Etik Sorunlar

Yardımcı üreme teknikleri tıp etiği kapsamında incelenmektedir. Toplumda görülen gelişmelerin ve değişimlerin hızlı yaşanıyor olması, tıp etiğinde karşılaşılan sorunlara karşı hazırlıksızlığı açıkça göstermektedir. Diğer toplumlarda olduğu gibi bizim toplumumuzda da infertilitenin ağır yükü kadına verilmektedir. Çocuksuz kadın, verimsiz olarak kabul edilmekte ve eleştirilmektedir. Bu nedenle yardımcı üreme teknikleri toplumsal açıdan da değerlendirilmelidir. Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezleri yönetmeliği ülkemizde ilk tüp bebek uygulamasıyla 1987 de yürürlüğe girmektedir. Bu yönetmelik içerisinde 1996-1998-2001-2005 yıllarında değişiklikler yapılmaktadır. Yönetmeliğin en son ve günümüzde geçerliliği bulunan şekli 06 Mart 2010 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmektedir (90, 91).

Yönetmelik evli çiftler için yardımcı üreme teknikleri, bu tıbbi uygulamaları yürüten sağlık kuruluşlarının açılması, denetlenmesi hakkında düzenlemeleri içermektedir. Yardımcı üreme tekniklerinden faydalanmak isteyen evli çiftlerin oosit ve sperminden oluşan embriyolar, hiçbir amaç doğrultusunda başka bireyler için kullanılamamaktadır. Tedavi görmek isteyen çiftlere sadece kendi hücreleri uygulanabilmektedir. Donör kullanılarak embriyo elde edilmesi kesinlikle yasal olarak kabul edilmemektedir. Ülkemizde evli olmayan infertil bireyler yardımcı üreme teknikleri için merkezlere başvuramamakta, bu alandaki diğer uygulamalardan yasal olarak hak talep edememektedir (91).

Donasyon yıllardır infertil çiftler için son umut olarak gündemde yerini almaktadır. Ülkemizde yasal olarak uygulanmadığı için her yıl binlerce çift yurtdışında tedavi görmektedir. Çocuklarının türklere benzemesini isteyen infertil çiftler, Yunanistan ve KKTC gibi ülkeleri tedavi için tercih etmektedir. Uygulama ülkemizde yapılmadığı ve onaylanmadığı halde yılda 2000-3000 türk çift tarafından başvurulduğu bildirilmektedir. Ülkemizde görev yapan herhangi bir sağlık kuruluşunun donasyon tedavi şeklinin yurtdışında yapılmasını önermesi de yasal olarak kabul edilmemektedir. Taşıyıcı annelik durumu da kabul görülmemekte ve uygulanmamaktadır. Doğacak çocuğun taşıyıcı annesiyle mi yoksa genetik annesiyle mi bağ kurması gerektiği, bu konu üzerinde yapılan anlaşmalar sorun

oluşturmaktadır. Yine en son yönetmelikte yer alan embriyo transferi işlemi esnasında birden fazla embriyo transfer edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. İnfertil çiftin birinci ve ikinci denemelerinde tek embriyo hakkı bulunmaktadır. Üçüncü ve daha sonra yapılan denemelerde ise iki embriyo hakkı bulunmaktadır. 35 yaş ve üstünde çiftlere en fazla iki embriyo hakkı verilmektedir. Bu yönetmeliğe aykırı işlemde bulunan merkezlerin belirli sürelerde hasta kabulü durdurulmaktadır. İşlemlere devam etmesi durumunda merkez ile yasal süreçler başlatılmaktadır (92).

Yardımcı üreme teknikleri etik açıdan değerlendirildiğinde, hangi tedavi yöntemi tercih edilirse edilsin amaç zarar vermemek olmalı ve bu şekilde davranılması gerekmektedir. Yeni yardımcı üreme tekniklerinin kullanımında kadın sağlığı göz önünde tutulmalı, bireye saygı ilkeleri ihmal edilmemelidir. Toplum, tedaviye başvuran aileyi ve en önemlisi doğacak çocuğu olumsuz yönde etkilememelidir. Yardımcı üreme tedavi seçenekleri ticaretleştirilmemelidir. Donasyon ve taşıyıcı annelik bir gelir kaynağı olarak görülmeye başlanmıştır. Günümüzde taşıyıcı anneliğin uygulandığı ülkeler kiralık rahim ilanlarına sıkça rastlanmaktadır. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olarak mutluluğunu hedefleyen bilimse gelişmeler, insan değerinin düşürülmesi adına araç olmamalıdır (29, 90).

4.5.9. Yardımcı Üreme Tekniklerinde Hemşirelik Yaklaşımı

Yardımcı üreme tekniklerinde meydana gelen gelişmeler ile hemşirelerin varolan rollerinde de değişimler görülmektedir. Bu alanda hemşirelere sunulan eğitimlerle değişimlere destek olunması hedeflenmektedir. İnfertilite tedavisi; klinik muayeneleri, ameliyathanede uygulanan işlemleri ve hasta eğitimlerini kapsamaktadır. Bu süreçte bakımın amacı infertil bireylerde genel durumun belirlenmesi ve değerlendirilmesidir. Belirlenen sorunlara göre çözümün sağlanmasıdır. Tedavi sürecinde eşlerin psikolojik ve sosyal açıdan eksikleri giderilmeye çalışılmaktadır (92, 93).

İnfertilite tedavisinin gündemde olduğu ülkelerde, tedavi öncesi ayrıntılı anamnez alınmaktadır. Burada amaç; tedavi sırası ve sonrasında oluşabilecek psikolojik ve tıbbi sorunlara karşı önlem almaktır. Tedaviye uyum konusunda sıkıntı çekmesi muhtemel çiftlerin uzun, stresli ve pahalı olan bu sürece alınması uygun görülmemektedir. Tedavi öncesi evlilik ve cinsel hayatın da sorgulanması

önemsenmektedir. Aile ve sosyal desteğin belirmesinde yol gösterici olmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri, infertil bireyler için son umut olup, önemli bir yere sahip olmaktadır. Tedavi süresi uzadıkça yaşanan stresinde arttığı bildirilmektedir. Bu nedenle tedaviyi takiben, psikolojik destek alınması önerilmektedir. Tedavi sırasında psikolojik açıdan olumlu olan bireylerde, tedaviye uyum ve sonucunda başarıya ulaşıldığına dair araştırmalar bulunmaktadır (92).

Tedavi boyunca infertil çiftlerle ilişkilerin iyi olması, iletişimin sağlam ve hoşgörülü olması önemsenmektedir. Çiftler bu süreci daha hassas ve içine kapanık geçirebilmektedir. Uzun süredir tedavi görüyor olmaları, ekonomik açıdan yıpranmışlık, hastane ve çalışanına karşı güven kaybı umutsuz çiftlerin oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanı olarak hemşireler, daha rahat bir ortam oluşturmaları ve güven verici bir yaklaşım sergilemelidir. İnfertil çiftlerin umudu kırmak ya da gebelik oluşması kesinmiş gibi davranmak doğru görülmemektedir. Çiftlerde son evrelerde, tedaviye tahammülsüzlükte artış gözlemlenmektedir. Olumsuzluk ihtimalini konuşmaktan kaçmaktadırlar. Tamamen olumlu sonuca odaklanan çift, yaşanacak herhangi bir olumsuzluk karşısında daha dirençsiz olmaktadır. Bundan dolayı çocuksuz da hayatlarının devam ettiği ya da başka yöntemlerinde olduğu hatırlatılmalıdır. Çiftlere ihtiyaçlarına uygun eğitimlerin verilmesinde, anlaşılması olmasında ve işlemlere hazırlanmasında hemşirelere büyük bir pay düşmektedir. Bu süreçte var olan ya da oluşabilecek sorunlara göre hemşirelik yaklaşımında bulunmak fazlasıyla önemsenmektedir (9, 29, 92).

4.5.9.1.İnfertilitede Hemşirenin Rollerini

Eğitim / Danışmanlık Rolü: İnfertilite tanısı almış ve tedavi sürecine karar vermiş çiftler doğru karar verebilmeleri, tedaviye uyum sağlayabilmeleri, ilaç uygulamalarını doğru yapabilmeleri için bilgilendirmeye ihtiyaç duymaktadırlar. İnfertilite kliniğinde hasta ile en çok zamanı geçiren hemşireler, bu pozisyon için en uygun kişi olarak görülmektedir. Çiftin sorularını cevaplamak, ilaç eğitimlerini ve nasıl uygulanacağını uygulamalı olarak açıklamak, psikolojik destekte bulunmak, gelişen güncel tedavi yöntemlerini açıklamak hemşirenin rollerini olarak görülmektedir.

Uygulayıcı / Klinisyen Rolü: İnfertilite merkezlerinde çalışan hemşireler tedavinin tüm aşamalarında uygulayıcı/ klinisyen rolünü kullanmaktadır. çiftlerin ihtiyaçları doğrultusunda planlama, uygulama ve değerlendirme aşamasında hemşireler bulunmakta ve rollerini gerçekleştirmektedir.

Yönetici / Koordinatör Rolü: Yönetici/ koordinatör rolü hemşirelerin kişisel gelişimlerine katkı sağlayan önemli bir rol olarak görülmektedir. Hastanın bilgilendirmesi, kliniğin koordinasyonu, işlem odasının koordinasyonu ve ihtiyaçları tespit edilmektedir. Merkezde bulunan hemşirelerin profesyonel davranışlarda bulunması, ekip üyeleri ile sorunsuz çalışması bu rolü destekleyen davranışlar olup, hemşirelerde bulunması gereken özelliklerdir.

Tıbbi Bakım Rolü: Hemşireler çiftlerin ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım uygulamalarına karar vermekte, uygulamakta ve değerlendirmektedir. Her aşamada çiftlere karşı ilgili davranıp yanında olduğunu hissettirmesi, işlemler öncesinde hastanın hazırlanması, işlemler sırasında doktor ile birlikte çalışması, sonrasında hastanın izlemi ve uygulamaların kayıt edilmesinde hemşirelerin varlığına gerek duyulmaktadır.

Araştırmacı Rolü: İnfertilite alanındaki gelişmeler ile birlikte hemşirelere de yeni görevler düşmektedir. Hemşirelere gündemde yer alan konuları takip etmek zorunluluğu gelmektedir. Alandan karşısına çıkabilecek herhangi bir konuda yeterlilik sağlayabilmesi için hemşirelerin araştırmacı rolünü kullanması gerekmektedir. Yeni araştırmalara katılmak ve bunları paylaşmak mesleki gelişime de katkı sağlayacaktır.

4.6.İnfertilite Danışmanlığı

İnfertilite tanısı konulup, tedavi seçeneğine karar verilip sonuçlanana kadar uzun ve yıpratıcı bir süreç oluşturduğu için her aşamada danışmanlık gereksinimi duyulmaktadır. Günümüzde büyük eksiklik olarak görülen danışmanlık hizmetinin nasıl yapılması gerektiği hakkında net bilgiler bulunmamaktadır. İnfertilite danışmanlığı yapabilecek pozisyonda olan hemşirelerin çiftlere eğitimler vermesi, algıladıkları desteği ve anksiyete düzeylerini belirleyebilmesi gerekmektedir (94, 95)

4.6.1.İnfertilite Danışmanlık Adımları

Tanışma Ve Güven Kurma: İnfertil çift kendilerini rahat ifade edebilecekleri ortamda ekip ile tanışmaktadır. Çift hem birlikte hem de ayrı ayrı görüşmeye alınmaktadır. İnfertilite tüm yönleriyle tartışılmaktadır. İnfertil çiftten var ise deneyimlerini ve ekipten beklentilerini paylaşımları istenilmektedir. Olması gereken üreme süreci ve tedavi seçenekleri hakkında gereken açıklamalar yapılmaktadır.

İnfertilite İçin Öngörülen Nedenlerin Paylaşılması, Tanı İşlemlerine Karar Verme, Sürdürme Ve Sonuçlar Hakkında Bilgilendirme: İnfertil çiftlere tanı koyduran nedenler üzerinde durulmaktadır. Bu nedenler düşünülerek tedavi de başarı şansları gerçekçi bir şekilde tartışılmaktadır. Tanıyı destekleyici tetkiklerin yapılması, sonuçlanması hakkında bilgiler paylaşılmaktadır.

İnfertilite Sorununun Çözmek İçin Seçenekleri Ayrıştırma Ve Tedavi Seçeneğine Karar Verme Ve Sürdürme: İnfertilite nedenine çözüm olarak görülen tedavi seçeneği çift ile konuşulmaktadır. Çiftin tedavi seçeneği hakkında varsa soruları cevaplanmaktadır. Başarı oranı, olumlu ve olumsuz sonuçlar tartışılmaktadır. Çiftler kendilerini rahat hissedecek ve olumsuzluk karşısında baş etme mekanizmalarını geliştirmelerine yardımcı olunacak sosyal destek grupları paylaşılmaktadır.

Tedavi Sonuçlarını Değerlendirme: Tedavi sonucunda gebelik oluşması durumunda çiftlere sonraki aşamalar hakkında bilgiler verilmektedir. Sonuçtan memnun olan çiftler tedaviye katılırken, olumsuz sonuçla karşılaşan çiftler daha farklı tepkiler verebilmektedir. Bu durumda bireylerin ihtiyaçlarına göre bakım verilmesi gerekmektedir.

4.6.2. Dünyada ve Türkiyede İnfertilite Danışmanlığında Hemşirenin Yeri

Yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olmak isteyen çiftler için hizmet veren ilk klinik 1980 yılında açılarak gündemde yerini almaktadır. Bunun üzerine Uluslararası Hemşirelik Örgütleri yeni bir alan olarak infertilite hemşireliğini kabul etmektedir. Hastalarla tedavinin her aşamasında beraber olan hemşirelere, mesleki açıdan gelişim göstermeleri zorunluluk olarak tutulmaktadır. (21, 96).

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından kabul görülerek ilk kez 1985 yılında infertilite hemşireliği tanım olarak paylaşılmaktadır. Dünya’da ilk sertifika programları 1984 – 1995 yıllarında ABD’de başlatılmış fakat beklenen talep görmeyince kaldırılmıştır. Sertifika programlarının 2007 de tekrardan gündeme gelmesiyle infertilite hemşireliğinden beklenen teorik ve pratik bilgiler gelişmeye mecbur bırakılmaktadır. Royal College of Nursing bünyesinde yer alan “RCN Fertilité Hemşireleri Grubu” 1987 yılında İngiltere’de kurularak infertilite hemşireliğinin rollerinin tanımlaması amaçlanmaktadır. Sekiz düzey olarak oluşturulan basamaklarda infertilite hemşiresinde bulunması gereken fonksiyonlar belirtilmektedir (93, 96, 97).

İnfertilite hemşireliğine Avusturalya’dan ilgi 1990 yılında Hemşirelik Özel İlgi Grubu (The Nurses Special Interest Group) ile gelmektedir. Grubun adı 1997 yılında değiştirilerek Avusturalya Fertilité Hemşireleri (Fertility Nurses Australia – FNA) ilerleyen zamanlarda Avusturalya Fertilité Topluluğu (The Fertility Society of Australia) olarak varlığını sürdürmektedir. Japonya’da infertilite hemşireliğine ait ilk sertifika programları 1998 yılında başlatılmaktadır. Bu programları desteklemek amacıyla 1999 yılında Japon İnfertilite Hemşireliği Ağı (Japan Infertility Nursing Network – JINN) yerini almaktadır. Bu alanda uzmanlaşmak ve görev yapmak isteyen hemşireler için 2003 yılında İnfertilite Hemşireliği Japon Topluluğu (Japanese Society of Infertility Nursing – JSIN) kurulmuştur. Programa başvuru için en az 3 yıl infertilite kliniğinde görev yapmak şart sunulmaktadır. Eğitim 6 ay sürmekte, sonunda hemşireler sözlü ve yazılı sınavlara girmesi zorunlu tutulmaktadır. İnfertilite hemşireliği ve yaşanan gelişmeler ülkeler arası farklılık göstermektedir. Çeşitli ülkelerde sunulan sertifika programları ile doktor ve embriyologların yapmış olduğu işlemleri de hemşirelerin yapmasında bir sakınca görülmemektedir (96, 98).

Türkiye’de yardımcı üreme teknikleri için hizmet veren ilk klinik 1988 yılında Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve İnfertilite Araştırma ve Uygulama Merkezi’dir. 2010 yılında 121 adet YÜT merkezi bulunurken, 2014 yılında bu sayının 146’a çıktığı bildirilmektedir. 2010 yılında çıkarılan 27515 sayılı resmi gazete yayınlana yönetmelikte infertilite hemşireliğine ayrı olarak ya da Kadın Doğum Hemşireliği’nin içerisinde yer verilmemektedir. İnfertilite hemşireliğini desteklemek

adına İzmir’de 2007 yılında İnfertilite Hemşireliği Derneği, İstanbul’da 2008 yılında İstanbul İnfertilite Hemşireleri Grubu tarafından Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği kurulmuştur (78, 99, 100, 101).

Ülkemizde infertilite hemşireliğinin gelişimine katkı sağlamak amacıyla yüksek lisans ve doktora eğitim programları, bu alanda yürütülen ve yayınlanan tezler, çeşitli kurslar ve kongreler sunulmaktadır. Ancak infertilite danışmanlığı hizmetinde görev alacak kişinin yetki ve sorumlulukları belirsizlik içermektedir. Bu alanda giderek artan eğitim ihtiyacının giderilmesi için 2008 yılında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH hizmetleriyle sertifika programı düzenlenmiştir. Bir seferliğe mahsus olarak uygulanan bu sertifika programı 40 saat teori, 160 saat uygulama olarak eğitim sunmuştur. Programın tekrar düzenlenmesi ve belgelendirilmesi çıkarılacak yönetmelikte gündeme sunulmuştur fakat henüz bu konuda gelişme görülmemektedir (78, 23, 93, 102).

4.7.Aile Desteği ve Yalnızlık

Aile; kavram olarak değişimler göstermesine rağmen, günümüzde değerini yitirmemekte ve pek çok konu için odak nokta olarak görülmektedir. Birbirinden farklı ve fazla tanımı olmasının yanında, genetik ve duygusal bağlar içeren, diğer fertlere karşı sorumluluk ve rolleri barındıran, sevgi ve bağlılık duygularının da bulunduğu en küçük kurum olarak kabul edilmektedir. Mutlu bir kadın, mutlu bir aile ve en önemlisi mutlu bir toplum anlamına gelmektedir. Mutlu ve sağlıklı bir toplum için aile düzeninde meydana gelen sorunların düzeltilmesi, çözümlerin belirlenmesi ve uygulanması gerekmektedir. Aileye verilen değer kişisel farklılıklar içerse de, şüphesiz ki tüm bireyler için önemli kabul edilmektedir Aile aynı zamanda bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan ihtiyaçlarını da karşılamaktadır. Bireyler hayatlarını etkileyen durumlarda, ilk desteği ailelerinden görmektedir. İlerleyen zamanlarda aile dışı destek kaynakları oluşturulmaktadır (103, 104).

Destek kavramı 1960’lı yıllardan itibaren gündemde yerini almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yapılan araştırmalar incelenmiş ve insan sağlığı üzerinde önemi araştırılmaktadır. Araştırmalar sonucunda insan sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu ortaya konmaktadır. İlerleyen yıllarda ilginin artmasıyla baş etme kaynağı

olarak önemli bir yer kaplamaktadır. Sosyal destek kişiye sevildiğini önemli olduğunu hissettiren, güven duygusunu veren, maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan yardım olarak tanımlanmaktadır. Destek kaynaklarının yeterli yada yetersiz olarak ayırımının yapılamabilmesi için dışarıdan müdahaleye gerek olup olmadığına göre karar verilmektedir. İhtiyaç halinde destek sağlanıyorsa yeterli görülmektedir. Eğer destek için müdahale gerekiyorsa destek yetersiz görülmektedir. Destek kavramı maddi destek, duygusal destek, bilgi desteği, bakım ve beraberlik desteği olarak sınıflanmaktadır (9, 105, 106).

Aile isminin devamı ve mutlu bir evlilik için çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerde destek arayışı ve tükenmişlik duygusuna rastlanmaktadır. İnfertilite sadece bireyi değil, aile ve toplumu etkileyen bir sorun olarak görülmektedir. İnfertilite tedavisinde kadına yüklenen sorumluluğun fazla olması, tedavi aşamalarında psikolojik sorunlara daha fazla yatkın olduğunu görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda kadınların infertilite tedavisinde daha fazla sosyal destek arayışında olduğu ve destek kaynaklarına daha fazla başvurduğu saptanmaktadır. Ailesinden beklediği desteği göremeyen kadınlarda ise daha fazla depresyon belirtilerine ve düşük benlik algısına rastlanmaktadır. Erkeklerin ise sorunlarla karşılaştığı dönemlerde kaçınma ve önemsememe davranışlarını sergilediği görülmektedir. Bazen çiftler sorular karşısında kötü hissetmekte ve kendilerini çocuk konusu açılan ortamlardan soyutlamaktadır. Tedavi sürecindeki sorunları aileleri ve yakın çevresiyle paylaşamayan bireyler kendilerini desteksiz bırakmaktadır. Bekledikleri desteği göremeyen çiftlerde duygusal boşluk ve zorlanma yaşanması kaçınılmazdır (107-110).

İnfertil çiftlerin psikolojik gereksinimlerini fark edebilecek bir diğer destek kaynağı ise hemşirelerdir. Aile bu destek kaynaklarını oluşturana kadar geçen sürede desteğin sağlanması, hastanın psikolojik açıdan rahatlatılması hemşirenin rolleri arasındadır. Destek sağlamada kullanılan hemşire rollerinden biri danışmanlıktır. İlk olarak hemşirelerin çiftlere uygun tanımlama yapması gerekmektedir. Daha sonra ne tür bir desteğin verilmesi gerektiğine karar verilmektedir. Verilmesi uygun görülen desteğin sorun üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonrası hemşire desteğin faydasını arttırmaya yönelik çalışmaktadır. Hemşirenin bu süreçte empati yapabilmesi ve çiftlere güven vermesi gerekmektedir (9, 111, 112).

5.MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olarak ‘İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Algıladıkları Yalnızlık Düzeyi ve Aile Desteği’ni belirlemek amacıyla yapılmıştır.

5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Tüp Bebek Merkezi’nde, 1 Şubat 2017 / 1 Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen 3 aylık zaman dilimi içerisinde İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Tüp Bebek Merkezi’ne başvuran, primer / sekonder infertilite tanısı bulunan, tedavi sürecine dahil olan 197 infertil kadın oluşturmuştur.

Evrendeki 197 infertil kadından, 8 tanesi çalışmaya katılmayı reddetmiştir, 6 tanesi embriyolarının yeterli kalitede bulunmaması nedeniyle tedavi sürecini tamamlayamamıştır. Üç hasta anket formlarını eksik doldurması nedeniyle çalışma kapsamına dahil edilmemiştir. Bu nedenle araştırma örneklemini, bu koşulları taşıyan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, sorulara eksiksiz cevap veren 180 infertil kadın oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Tüp Bebek Merkezi’ne başvuran infertilite tanısı bulunan, tedavi sürecine dahil olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden infertil kadınlar ile yüz yüze, veri toplama araçlarının (Sosyodemografik Bilgi Formu), (Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Aile Desteği Ölçeği) doldurulması şeklinde gerçekteştirilmiştir.

5.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: İnfertilite tedavisi gören kadınların algıladıkları yalnızlık ve aile desteğine ilişkin yaşadıkları

Bağımsız Değişkenler: İnfertilite tedavisiyle ilgili özellikler

5.6.Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırma verileri için araştırmacı tarafından literatürler incelenerek oluşturulan ;

Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-1),

Yalnızlık Ölçeği (Ek-2)

Algılanan Aile Desteği Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

5.6.1.Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürlere dayalı infertil kadınlar için hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi ve sigara-alkol kullanımı) içeren 10 soru ve infertilite özellikleri(infertilite süresi ve nedeni, daha önce infertilite tedavisi görme durumu, gebelik yaşanma durumu) içeren 8 soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

5.6.2.UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA Yalnızlık Ölçeği, uygulanan bireylerin yalnızlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Ferguson, Russell ve Peplau (1978) tarafından geliştirilmiştir. Yalnızlık Ölçeği'nin maddeleri insan ilişkileri hakkında bireyin duygu ve düşüncelerini ve bireylerin bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını belirtmelerini istemektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumsuz ifadeler içermesi nedeniyle yanılığa sebep olduğu düşünüldükten sonra, Cotrona, Russel ve Peplau tarafından düzenlenmiştir. Güvenilirlik çalışmalarında çeşitli teknikler kullanılmış, test edilmiş ve sonuçlar olumlu seviyede bulunmuştur. Orijinal ölçek için uygulanan güvenilirlik çalışmasında Ferguson, Russell ve Peplau içtutarlılık katsayısını 96 olarak belirlenmişlerdir. İki ay sonrasında tekrarı yapılan testin güvenilirlik katsayısı 73 olarak bulunmuştur. Cutrona, Peplau ve Russel tarafında tekrar gözden geçirilmesiyle oluşturulan ölçeğin

arasındaki ilişki 91 olarak saptanmıştır ve iç tutarlılığının 94 olduğu gözlemlenmiştir (113, 114).

Ölçekte bulunan 20 maddenin yarısı olumlu yarısı olumsuz ifadeler bulunduracak şekilde sıralanmıştır. Ölçek likert tipi dördü bir derecelendirme sistemine sahip olup bireylerin üzerinde işaretleme yapmalarını istemektedir. Ölçeğin içeriğinde olumlu maddeler 1,4,5,6,9,10,15,16,19 ve 20 şeklinde sıralanmıştır. ‘Hiç Yaşamam’ (4), ‘Nadiren Yaşarım’ (3), ‘Bazen Yaşarım’ (2), ‘Sık Sık Yaşarım’ (1) şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz maddelere ise 2,3,7,8,11,12,13,14,17 ve 18 şeklinde bulunmaktadır. Değerlendirmesi tam tersi şeklinde ‘Hiç Yaşamam’ (1), ‘Nadiren Yaşarım’(2), ‘Bazen Yaşarım’ (3), ‘Sık Sık Yaşarım’ (4) şeklinde yapılmaktadır. Ölçeğin sonunda verilen cevapların karşılığında bulunan puanlar toplanarak genel yalnızlık puanına ulaşılmaktadır. Her bir madde 1 ile 4 arasında puan aldığı için toplama sonucunda en yüksek 80 puan en düşük ise 20 puan elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek çıkması yalnızlık seviyesinin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir (115).

Ülkemizde ölçeğin ilk deneme çalışmaları Yaparel (1984) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çevirisi yapıp hazırlanan ölçek, ülkemize uygunluğunun saptanması amacıyla ön uygulamaya tabii tutulmuştur. Ölçeğin geçerliliği için Beck Depresyon Ölçeği örnek alınmıştır. Bu ölçek doğrultusunda yalnızlık subjektive ve objektive olarak ayrılmaktadır. Eğer yalnızlık kişinin ihtiyaç duyduğu sosyal çevreden yoksunluğu ise bu sosyal yalnızlık olarak kabul edilmektedir. Kişinin çevresinden gördüğü destekte eksiklik olmadığı halde kendini duygusal boşlukta hissetmesi ise duygusal yalnızlık olarak tanımlanmıştır. Bu amaçla uygulanan ölçeklerin geçerliliği 50 olarak bulunmuştur. Yaparel’in yapmış olduğu çalışmada ölçeğin geçerlilik kazanması için sadece Beck Depresyon Envanteri’nin kriterleri değerlendirilmiştir. Bu nedenle ucla yalnızlık ölçeği, yalnızlık yaşayan yaşamayan bireyleri değerlendirme de yeterli görülmemiştir (113,116).

Geçerlilik ve güvenilirlik açısından çalışmalar ülkemizde Demir (1989) tarafından ele alınmıştır. Demir’in yaptığı çalışmalarda ölçek 72 kişi üzerinden değerlendirilmiş ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 96 olarak hesaplanmıştır. Belirli aralıklarla tekrarlanan test güvenilirlik katsayısı 94 olarak saptanmıştır (117,118).

180 ile yürütülen çalışmamızda değerlendirme sonucunda cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 80 olarak hesaplanmıştır.

Demir (1989), ölçeğin amacına uygun olup olmadığı belirlemek amacıyla başka bir geçerlik çalışması daha yapmıştır. Bu amaçla nörotik depresif tanısı almış ve yalnızlık duygusu yaşadığını ifade eden 36 kişilik hasta bir grup ve bu hasta grup ile benzer özellikleri taşıyan ve yalnız olmadığını ifade eden 36 kişilik normal bir grup oluşturulmuştur. Oluşturulan gruplara UCLA yalnızlık Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin geçerliliğine ilişkin veriler yalnız olduğunu ve olmadığını ifade eden bireyleri birbirinden anlamlı şekilde ($t = 6.29$; $p < 0.001$) ayırdığını göstermektedir. Geçmişte ve günümüzde yapılan birçok çalışmada günlük hayatta sosyal ilişkilerin bozulmasında önemli bir sorun olarak görülen yalnızlığın değerlendirilmesinde UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne rastlanmaktadır (114, 118, 119).

5.6.3. Algılanan Aile Desteği Ölçeği (PSS-Fa)

Algılanan aile desteği ölçeği, aileden algılanan sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla Prociano ve Heler' in (1983) geliştirmiştir. Uyarlamasını Eskin (1993)' in yaptığı ve Yıldırım (1997) tarafından geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Bu ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin içerdiği ifadeler 'Evet / Hayır / Kısmen' şeklinde cevaplanmakta ve değerlendirilmektedir. Ölçek sonunda elde edilen toplam puanın yüksek olması algılanan desteğinde yüksek olduğunu ifade etmektedir. Toplam puanın düşük olması ise algılanan desteğin düşük olduğunu yansıtmaktadır. Algılanan Aile Desteği Ölçeğinin değerlendirilmesinde, 3, 4, 16, 19, 20. maddeler için "evet=0", "kısmen=1", "hayır=2" puan almaktadır. Diğer maddelerin değerlendirilmesi için "evet=2", "kısmen=1", "hayır=0" puan şeklinde değerlendirilmektedir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasından elde edilen iç tutarlılık katsayısı 85 olarak saptanmaktadır (120, 121).

Algılanan Aile Desteği ölçeğinin geçerliği ve güvenirliği benzer ölçeklerin geçerliği yöntemi ile belirlenmiştir. Ankara Gazi Çiftliği Lisesi 1. sınıf öğrencilerinden yansız olarak belirlenen 115 öğrenciye algılanan aile desteği ölçeği ile Harter'ın tarafından geliştirilen sosyal destek ölçeği uygulanmıştır. Ölçeklerin toplam puanları alt ölçeklerine ilişkin puanlar arasındaki korelasyon "Pearson Korelasyon Katsayısı" yolu ile bulunmuştur. İki ölçeğin toplam puanları arasında 0.69 korelasyon

bulunmuştur. Algılanan Aile Desteği Ölçeği likert tipi ölçek olmasından dolayı güvenilirlik çalışmalarında Croanbach Alfa güvenilirlik katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeğin geneli için Alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır. Aile:0.79 Akraba:0.76 Arkadaş:0.74 Öğretmen:0.75 ve toplum için 0.80 olarak bulunmuştur. (121, 122, 123) Çalışmamızda Croanbach Alfa güvenilirlik katsayısı AADÖ için 0,92 olarak bulunmuştur.

Aile desteğinin algılanmasında çeşitli etkenler bulunmaktadır. Aile iletişim halinde bulunan en küçük yapıdır. Aile içinde destek arayışında bulunan birey, tüm fertleri destek gösteren ya da göstermeyen olarak algılayabilmektedir. Bireye en yakın olarak görülen aile, yeri geldiğinde en karmaşık incelenmesi ve değerlendirilmesi gereken yapı olarak da görülmektedir. Aile ilişkilerinde bütün fertler birbirinden destek gördüğünü ifade ederken, aynı seviyede destek başka aile fertleri için yeterli kabul görülmeyebilmektedir (124).

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 paket programı ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi istatistiksel analizlerde $p:0.05$ olarak kabul edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda UYÖ'nin normal dağılım ($p>0,05$) ve AADÖ'nin normal olmayan dağılım ($p<0,05$) gösterdiği görülmüştür. Aşağıdaki tabloda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler görülmektedir.

Tablo 5.7.1: İncelenen Özelliklerde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Katılımcıların tanıtıcı ve infertilite özellikleri	Sayı, yüzde, ortalama
Ölçeklerin iç tutarlılığı	Cronbach alfa katsayısı
Ölçeklerden aldıkları puanlar	Ortalama
Normal Dağılım	Kolmogorov-Smirnov
Ölçeklerde yer alan maddelere katılım düzeyleri	Sayı, yüzde, ortalama
UYÖ'den aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı ve infertilite özellikleri ile karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t-testi Tek yönlü varyans analizi Tukey HSD testi
AADÖ'den aldıkları puan ortalamalarının tanıtıcı ve infertilite özellikleri ile karşılaştırılması	Kruskal-Wallis testi Mann Whitney-U testi
Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi

Araştırmada Croanbach alfa kat sayısı UYÖ için 0,80 ve AADÖ için 0,92 olarak bulunmuştur.

5.8.Araştırmanın Etik Yönü

İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Tüp Bebek Merkezi'nden araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin belgesi(Ek-4) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen infertil kadınlara, çalışmanın içeriği ve amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek izinleri alınmıştır. Çalışma kadınların kendilerini ifade edebilecekleri rahat ve sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olan kadınların bilgilerinin gizli tutulmasına ve mahremiyetine saygı duyularak elde edilen veriler sadece bu araştırma için kullanılmış ve gizli tutulmuştur.

5.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul için genellenmemiş oluşu yalnızca araştırma yapılan hastaneyi yansıtması araştırmaya sınırlılık getirmiştir. İstanbul Medipol Mega Hastaneler kompleksi Tüp Bebek Merkezi'nde çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden infertil kadınlar ile yapılmasından dolayı elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır. Tüm infertil kadınlar için genellenemez. Kliniğe başvuran infertil kadınlardan araştırmaya katılmak istemeyenlerin olması ve hastane ortamında mahremiyeti kapsayan konuları paylaşmak istememesi nedeniyle veri toplamada güçlükler yaşanmıştır.



6.BULGULAR

Katılımcıların Tanıtıcı ve İnfertilite Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1: İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları (32,63±5,78)		
25 yaş ve altı	19	10,6
26-30 yaş	54	30,0
31-35 yaş	51	28,2
36-40 yaş	37	20,6
41 yaş ve üzeri	19	10,6
Eğitim Durumu		
İlköğretim Mezunu	70	38,9
Lise Mezunu	54	30,0
Üniversite Mezunu	56	31,1
Meslek		
İşgören	35	19,4
İşveren	42	23,3
Ev Hanımı	103	57,3
Evlilik Süresi		
3 yıl ve altı	50	27,8
4-6 yıl	59	32,8
7-9 yıl	35	19,4
10 yıl ve üzeri	36	20,0
Çocuk Sahibi Olma İsteği Süresi		
3 yıl ve altı	79	43,9
4-6 yıl	52	28,9
7-9 yıl	26	14,4
10 yıl ve üzeri	23	12,8
Aile Tipi		
Çekirdek	159	88,3
Geniş	21	11,7
Şu an Çalışma Durumu		
Evet	58	32,2
Hayır	122	67,8
İzin Almada Güçlük		
Evet	43	23,9
Hayır	137	76,1
Gelir Durumu Algısı		
Kötü	11	6,1
Orta	134	74,4
İyi	35	19,4
Sosyal Güvence Varlığı		
Var, tümüyle karşılıyor	29	16,1
Var, kısmen Karşılıyor	121	67,2
Yok, cebinden karşılıyor	30	16,7
Sigara Kullanımı		
Var	46	25,6
Yok	134	74,4
Alkol Kullanımı		
Var	19	10,6
Yok	161	89,4

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1’de, infertilite özelliklerine ilişkin bulgular ise, Tablo 6.2’de gösterilmektedir.

Tablo 6.1 incelendiğinde; yaş ortalaması $32,63 \pm 5,78$ olup, %30’unun (n=54) 26-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Çoğunluğunun ilköğretim eğitim düzeyinde (%38,9) ve ev hanımı (%57,3) olduğu belirlenmiştir. %32,8’inin evlilik süresinin 4-6 yıl arasında (%32,8) olduğu ve %43,9’unun çocuk sahibi olma isteği süresinin 3 yıl ve altında olduğu görölmüştür. Katılımcıların %88,3’ü çekirdek aile tipinde olduğunu ve %67,8’i şu an çalışmadığını belirtmiştir. Gelir durumu sorgulandığında ise; %74,4’ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu ve %67,2’sinin sosyal güvencesinin tedavi masraflarını kısmen karşıladığı görölmüştür. İnfertil kadınların %74,4’ü sigara ve %89,4’ü alkol kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.2: Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Özelliklerinin Dağılımı (n=180)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Önceden Gebelik Deneyimi		
Var	63	35,0
Yok	117	65,0
İnfertilite Nedeni		
Benden kaynaklı	73	40,6
Eşimden kaynaklı	35	19,4
İkimizden Kaynaklı	39	21,7
Nedeni belli değil	33	18,3
Tedavi Deneyimi		
Var	114	63,3
Yok	66	36,7
Aşılama Tedavisi Deneyimi		
Var	64	35,6
Yok	116	64,4
Aşılama Tedavisi Sayısı (n=64)		
1 kere	31	48,4
2 kere ve üzerinde	33	51,6
Tüp Bebek Tedavisi Deneyimi		
Var	91	50,6
Yok	89	49,4
Tüp Bebek Tedavisi Sayısı (n=91)		
1 kere	45	50,6
2 kere ve üzerinde	44	49,4
Çocuk Sahibi Olmanın Anlamı*		
Annelik duygusunu Yaşamak	128	71,7
Ailelerimizin Mutlu Olması	75	41,7
Hayatımın Anlamı, Mutlu Olma	68	37,8
Toplum İçinde Rahat Olmak	58	32,1
Eşimin Mutlu Olması	42	23,3
İnfertilitenin Olumsuz Etkileri*		
Olumsuz etkilemedi	56	31,1
Sosyal yaşantımı etkiledi	73	40,6
Ruh sağlığımı etkiledi	103	57,2

*Birden fazla seçeneğin işaretlendiği sorulardır.

Tablo 2 incelendiğinde; %65'i gebelik deneyimi olmadığını, %40,6'sı infertilitenin kendisinden kaynaklandığını ve %63,3'ü önceden infertilite tedavisini deneyimlediğini belirtmiştir. Tedavi deneyimi sorgulandığında, %35,6'sının (n=64) önceden aşılama deneyimi yaşadığı ve bu deneyimi yaşayanların %51,6'sını (n=33) 2 ve üzerinde aşılama tedavisi olduğu görülmüştür. %50,6'sının (n=91) önceden tüp bebek deneyimi yaşadığı ve bu deneyimi yaşayanların %49,4'ünün (n=33) 2 ve üzerinde tüp bebek tedavisi olduğu görülmüştür. Katılımcıların çocuk sahibi olmanın anlamını, %71,7'si annelik duygusu yaşamak, %41,7'si ailesinin mutlu olması, %37,8'i hayatının anlamı, %32,1'i toplum içinde rahat olmak ve %23,3'ü eşimin mutlu olması olarak belirtmiştir. İnfertil kadınlar %31,1'i infertilitenin kendisi olumsuz etkilemediğini belirtirken, %40,6'sı sosyal yaşamını ve %57,2'si ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3: Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort. ± S.S.	Min. – Max.	Alınabilecek Min.-Max
UYÖ	47,30 ± 12,03	25-78	20-80
AADÖ	28,67 ± 8,83	6-40	0-40

Tablo 6.3 incelendiğinde; katılımcıların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının 47,24±12,06 olduğu ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının 28,67±8,83 olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Her İki Ölçekte Yer Alan İfadelere Katılma Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların sırasıyla UYÖ (Tablo 6.4) ve AADÖ (Tablo 6.5) yer alan ifadelere katılma düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir

Tablo 6.4: Katılımcıların UYÖ’de Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri (n=180)

	UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ		HIÇ YAŞAMA	NADİREN YAŞARIM	BAZEN YAŞARIM	SIK SIK YAŞARIM	ORTALAMA	STANDART SAPMA
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	% n	4,4 8	21,7 39	41,7 75	32,2 58	2,03	0,97
2	Arkadaşım yok.	% n	53,3 96	27,2 49	15,0 27	4,4 8	1,71	0,88
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok.	% n	53,3 96	27,8 50	16,1 29	2,8 5	1,68	0,84
4	Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum. *	% n	25,6 46	30,6 55	28,3 51	15,6 28	2,92	1,39
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum. *	% n	7,8 14	36,7 66	30,6 55	25,0 45	2,35	1,09
6	Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var. *	% n	8,3 15	35,0 63	35,6 64	21,1 38	2,39	1,08
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim.	% n	28,3 51	24,4 44	26,7 48	20,6 37	2,39	1,10
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor. *	% n	7,8 14	35,6 64	34,4 62	22,2 40	2,71	0,90
9	Dışa dönük bir insanım.	% n	23,9 43	31,7 57	22,2 40	22,2 40	2,81	1,42
10	Kendime yakın hissettiğim insanlar var. *	% n	3,3 6	37,2 67	32,2 58	27,2 49	2,20	0,95
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	% n	37,2 67	23,3 42	25,0 45	14,4 26	2,17	1,08
12	Sosyal ilişkilerim.	% n	5,6 10	46,1 83	28,9 52	19,4 35	2,62	0,86
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.*	% n	21,7 39	22,8 41	32,2 58	23,3 42	2,57	1,07
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	% n	35,0 63	23,9 43	25,0 45	16,1 29	2,22	1,09
15	İstedğim zaman arkadaş bulabilirim. *	% n	22,8 41	37,2 67	19,4 35	20,6 37	2,85	1,38
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var. *	% n	2,8 5	41,7 75	30,6 55	25,0 45	2,25	0,92
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	% n	32,8 59	17,2 31	26,1 47	23,9 43	2,41	1,17
18	Çevremde insanlar var ama benimle değil.	% n	23,3 42	27,8 50	37,2 67	11,7 21	2,37	0,96
19	Konuşabileceğim insanlar var. *	% n	2,8 5	42,8 77	30,6 55	23,9 43	2,27	0,92
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var. *	% n	3,3 6	45,0 81	28,3 51	23,3 42	2,32	0,94

* işareti bulunan maddeler, ters puanlı ifadelerdir

Katılımcıların UYÖ’de yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımına incelendiğinde; yalnızlığa katkı verme anlamında en fazla oranda olumlu yanıtladıkları üç ifadenin ikisinin ölçekteki ters puanlanan maddeler olduğu belirlenmiştir. “İstediğim zaman arkadaş bulabilirim” ifadesini katılımcıların %22,8’nin “hiç yaşamam”, %37,2’sinin de “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı saptanmıştır. Aynı ölçekte “Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum” ifadesini, katılımcıların %25,6’sının “hiç yaşamam”, %30,6’sının da “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; “Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum” ifadesine, katılımcıların %23,9’unun “sık sık yaşarım”, %26,1’inin “bazen yaşarım” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 6.4).

Yalnızlığa katkı vermeme anlamında en fazla oranda olumsuz yanıtladıkları üç ifadenin ikisinin ölçekteki ters puanlanan maddeler olduğu belirlenmiştir. “Başvurabileceğim hiç kimse yok” ifadesini, katılımcıların %53,3’ünün “hiç yaşamam”, %27,8’inin “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı saptanmıştır. Aynı ölçekte “Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum” ifadesini, katılımcıların %32,2’sinin “sık sık yaşarım”, %41,7’sinin “bazen yaşarım” şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; “Çevremdeki insanlarla ortak bir yönüm var” ifadesine, katılımcıların %21,1’inin “sık sık yaşarım”, %35,6’sının “bazen yaşarım” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 6.4).

Tablo 6.5: Katılımcıların AADÖ Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri (n=180)

	ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ		HAYIR	KISMEN	EVET	ORTALAMA	STANDART SAPMA
1	Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.	% n	13,9 25	16,7 30	69,4 125	1,56	0,72
2	Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.	% n	17,2 31	29,4 53	53,3 96	1,36	0,76
3	İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır. *	% n	43,9 79	22,2 40	33,9 61	1,10	0,87
4	En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm. *	% n	46,7 84	28,3 51	25,0 45	1,22	0,82
5	Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.	% n	6,1 11	32,8 59	61,1 110	1,55	0,61
6	Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır. *	% n	20,6 37	45,6 82	33,9 61	1,13	0,72
7	Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.	% n	2,2 4	30,6 55	67,2 121	1,65	0,52
8	Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.	% n	0,6 1	12,2 22	87,2 157	1,87	0,35
9	Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.	% n	32,2 58	15,6 28	52,2 94	1,20	0,89
10	Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.	% n	11,1 20	37,2 67	51,7 93	1,41	0,68
11	Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.	% n	12,2 22	38,9 70	48,9 88	1,37	0,69
12	Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.	% n	1,7 3	23,3 42	75,0 135	1,73	0,48
13	Sorunlarımı çözmeye ailemin yardımını görürüm.	% n	13,3 24	26,7 48	60,0 108	1,47	0,72
14	Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşıyorum.	% n	26,7 48	32,2 58	41,1 74	1,14	0,81
15	Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.	% n	3,3 6	36,1 65	60,6 109	1,57	0,56
16	Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.	% n	39,4 71	29,4 53	31,1 56	1,08	0,83
17	Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.	% n	1,7 3	24,4 44	73,9 133	1,72	0,48
18	Aile fertlerimin, sorunlarını çözmeye kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.	% n	1,7 3	28,3 51	70,0 126	1,68	0,50
19	Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur. *	% n	49,4 89	19,4 35	31,1 56	1,18	0,88
20	Daha farklı bir ailem olmasını isterdim. *	% n	75,6 136	16,7 30	7,8 14	1,68	0,61

* işareti bulunan maddeler, ters puanlı ifadelerdir

Katılımcıların AADÖ'deki maddelere verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde ise; hem en fazla katıldıkları hem de en az katıldıkları üçer maddenin buraya taşınması anlamlı görülmüştür. Buna göre, katılımcıların en olumlu değerledikleri ifadeler ele alındığında ilk olarak, "Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim" maddesini, katılımcıların %87,2'sinin "evet" şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "Daha farklı bir ailem olmasını isterdim" maddesini, katılımcıların %75,6'sının "hayır" şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır. Son olarak; "Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar" maddesini, katılımcıların %75,0'inin "evet" şeklinde yanıtladığı görülmüştür (Tablo 6.5).

En olumsuz değerledikleri ifadeler ele alındığında ise, "Aileme sınırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim" maddesini, katılımcıların %39,4'ünün "hayır" şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır" maddesine %33,9 oranında "evet" şeklinde yanıt verdikleri saptanmıştır. Son olarak; " Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var" maddesini, katılımcıların %32,2'sinin "hayır" şeklinde yanıtladığı görülmüştür (Tablo 6.5).

Katılımcıların Tanıtıcı ve İnfertilite Özellikleri ile Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.6: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

	UYÖ Ort. ± S.S.	Test ve p değeri	AADÖ Ort. ± S.S.	Test ve p değeri
Yaş Grupları				
25 yaş ve altı ^a	45,47±12,38	F=7,539 p=0,000	31,52±7,69	KW=16,054 p=0,003
26-30 yaş ^b	44,03±10,85		30,38±7,25	
31-35 yaş ^c	44,23±12,13		30,74±7,04	
36-40 yaş ^d	55,67±9,83		23,35±9,96	
41 yaş ve üzeri ^e	49,78±11,19	d>a,b,c	25,73±11,33	d<a,b,c
Eğitim Düzeyleri				
İlköğretim Mezun ^a	51,61±12,41	F=8,774 p=0,000	25,78±10,06	KW=9,793 p=0,007
Lise Mezun ^b	45,70±10,95		29,64±7,88	
Üniversite Mezun ^c	43,26±11,04		31,33±6,94	
Meslek				
İşgören	44,57±10,69	F=1,890 p=0,154	31,48±6,27	KW=4,095 p=0,129
İşveren	47,07±12,70		28,33±9,67	
Ev Hanımı	49,88±11,22		27,16±8,09	
Evlilik Süresi				
3 yıl ve altı ^a	41,76±11,76	F=6,204 p=0,000	31,50±8,18	KW=12,072 p=0,007
4-6 yıl ^b	47,77±11,00		29,35±8,25	
7-9 yıl ^c	49,22±13,09		25,91±9,68	
10 yıl ve üzeri ^d	52,05±10,60		26,30±8,70	
Çocuk Sahibi Olma İsteği Süresi				
3 yıl ve altı ^a	43,12±11,25	F=6,694 p=0,000	31,17±7,97	KW=18,433 p=0,000
4-6 yıl ^b	48,86±11,48		29,23±8,06	
7-9 yıl ^c	51,80±11,98		23,42±9,62	
10 yıl ve üzeri ^d	52,56±12,06		24,73±9,00	
Aile Tipi				
Çekirdek	46,80±12,25	t=-1,559 p=0,130	28,77±8,74	Z=-0,252 p=0,801
Geniş	50,57±10,13		27,90±9,70	
Şu An Çalışma Durumu				
Evet	47,82±11,29	t=0,446 p=0,656	28,12±7,85	Z=-1,079 p=0,281
Hayır	46,96±12,45		28,93±9,28	
İzin Almada Güçlük				
Evet	49,04±10,91	t=1,123 p=0,263	27,67±7,80	Z=-1,296 p=0,195
Hayır	46,67±12,38		28,98±9,13	
Gelir Durumu Algısı				
Kötü ^a	56,27±13,17	F=6,963 p=0,001	20,45±10,11	KW=17,236 p=0,000
Orta ^b	47,86±11,71		28,26±8,50	
İyi ^c	42,02±11,07		32,82±7,58	
Sosyal Güvence				
Var, tümüyle karşılıyor	44,37±14,03	F=1,027 p=0,360	31,13±8,78	KW=3,790 p=0,150
Var, kısmen karşılıyor	47,63±11,27		28,38±8,53	
Yok, cebimden karşılıyorum	48,43±13,10		27,46±9,87	
Sigara Kullanımı				
Var	49,50±10,69	t=1,587 p=0,116	26,97±7,78	Z=-2,093 p=0,036
Yok	46,47±12,44		29,25±9,12	
Alkol Kullanımı				
Var	48,36±11,61	t=0,428 p=0,669	29,47±7,44	Z=-0,019 p=0,985
Yok	47,11±12,14		28,57±8,99	

F: tek yönlü varyans analizi
KW: Kruskal-Wallis testi

t: Bağımsız gruplarda t-testi
Z: Mann Whitney-U testi

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.6'da, infertilite özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise, Tablo 6.7'de gösterilmektedir.

Tablo 6.6'da bulunan katılımcıların yaş grupları ile ÜYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların ÜYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 36-40 yaş grubunda olan katılımcıların puan ortalamasının, 25 yaş ve altı, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubunda olan katılımcıların puan ortalamalarından ÜYÖ için çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,001$) ve AADÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile ÜYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların ÜYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olan katılımcıların puan ortalamasının, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalamalarından ÜYÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,01$) ve AADÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır.

Katılımcıların evlilik süresi grupları ile ÜYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların ÜYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). 3 yıl ve altında evlilik süresi olanların ÜYÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri evlilik süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). 3 yıl ve altında evlilik süresi olanların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri evlilik süresinde

olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Katılımcıların çocuk sahibi olma isteği süresi grupları ile UYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların UYÖ ve AADÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). 3 yıl ve altında çocuk sahibi olma isteği süresi olanların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri çocuk sahibi olma isteği süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). 7-9 yıl çocuk sahibi olma isteği süresi olanların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 3 yıl ve altında ve 4-6 yıl çocuk sahibi olma isteği olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumu algıları ile UYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların UYÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve AADÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gelir durumunu kötü algılayanların puan ortalamasının, orta ve iyi algılayanların puan ortalamalarından UYÖ için istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) ve AADÖ için çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Katılımcıların sigara kullanım durumu ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara kullanmayanların AADÖ'den aldıkları puan ortalaması, kullananların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.6'da katılımcıların UYÖ'den aldıkları puan ortalamalarının meslek, aile tipi, şu an çalışma durumu, izin almada güçlük durumu, sosyal güvence varlığı, sigara ve alkol kullanım durumu özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların AADÖ'den aldıkları puan ortalamalarının meslek, aile tipi, şu an çalışma durumu, izin almada güçlük durumu, sosyal güvence varlığı ve alkol kullanım durumu özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 6.7: Katılımcıların İnfertilite Tedavisi Özellikleri ile Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=180)

	UYÖ Ort. ± S.S.	Test ve p değeri	AADÖ Ort. ± S.S.	Test ve p değeri
Gebelik Deneyimi				
Var	48,82±11,29	t=1,292	28,26±8,35	Z=-0,836
Yok	46,39±12,42	p=0,198	28,88±9,11	p=0,403
İnfertilite Nedeni				
Benden kaynaklı	48,53±11,23	F=0,926	28,49±8,49	KW=1,654
Eşimden kaynaklı	45,57±11,98	p=0,430	29,40±9,20	p=0,647
İkimizden kaynaklı	48,15±13,33		27,07±10,25	
Nedeni belli değil	45,09±12,41		30,18±7,29	
Tedavi Deneyimi				
Var	50,36±10,98	t=4,843	26,80±8,54	Z=-4,254
Yok	41,84±12,01	p=0,000	31,89±8,44	p=0,000
Aşılama Deneyimi				
Var	50,32±11,65	t=2,587	27,04±8,33	Z=-2,227
Yok	45,54±11,99	p=0,010	29,56±9,00	p=0,026
Aşılama Tedavisi Sayısı				
1 kere	50,00±11,30	t=-0,217	27,51±8,43	Z=-0,303
2 kere ve üzeri	50,63±12,14	p=0,829	26,60±8,34	p=0,762
Tüp Bebek Deneyimi				
Var	51,00±11,02	t=4,438	26,04±8,69	Z=-4,384
Yok	43,40±11,92	p=0,000	31,35±8,18	p=0,000
Tüp Bebek Tedavisi Sayısı				
1 kere	48,15±10,55	t=-2,510	27,11±8,66	Z=-1,306
2 kere ve üzeri	53,90±11,07	p=0,014	24,59±8,65	p=0,192

F: tek yönlü varyans analizi
KW: Kruskal-Wallis testi

t: Bağımsız gruplarda t-testi
Z: Mann Whitney-U testi

Tablo 6.7’de bulunan katılımcıların infertilite tedavisini deneyimleme durumları ile UYÖ’den ve AADÖ’den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İnfertilite tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ’den aldıkları puan ortalaması; infertilite tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ’den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların aşılama tedavisini deneyimleme durumları ile UYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Aşılama tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ'den aldıkları puan ortalaması; aşılama tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ'den aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların tüp bebek tedavisini deneyimleme durumları ile UYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüp bebek tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ'den aldıkları puan ortalaması; tüp bebek tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların tüp bebek tedavisini deneyimleme sayıları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüp bebek tedavisini 2 kere ve üzerinde deneyimleyenlerin aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların tüp bebek tedavisini deneyimleme sayıları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.7'de katılımcıların UYÖ ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamalarının gebelik deneyimi, infertilite nedeni ve aşılama tedavisi sayısı özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların Yalnızlık Düzeyleri ile Algıladıkları Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Tablo 6.8: UYÖ ile AADÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri

Ölçekler	UYÖ	
	r**	p
AADÖ	-0,738	0,000*

***p<0,001 (çok ileri düzeyde anlamlı korelasyon)**

****r= korelasyon değeri**

Tablo 6.8 incelendiğinde; UYÖ puan ortalamaları ile AADÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; katılımcıların algıladıkları aile desteği düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında negatif yönde güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0,001$) olduğu bulunmuştur (Tablo 6.8).

7.TARTIŞMA

7.1.Sosyodemografik Bilgiler

İnfertilite, üreme çağındaki çiftleri biyolojik, ekonomik ve psikososyal açıdan etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. İnfertilite prevelansında son yıllarda yaşanan artış dikkat çekmektedir. Bu artışın en önemli sebebi, çocuk sahibi olmak isteyen retrodüktif çağdaki çiftlerin konuya olan ilgisi, toplumsal faktörler nedeniyle evlenme ve doğurma yaşlarında gecikmeler yaşanmasıdır(92). Sosyodemografik bulgular kadınların sosyalleşme durumunu doğrudan etkilediği için tartışmada kısaca yer verilmiştir.

Çalışma bulgularını oluşturan kadınların yaş ortalaması $32,63 \pm 5,78$ olup, %30'unun (n=54) 26-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınlarla yapılmış olan araştırmalarda benzer bulguların tespit edildiği çalışmalar bulunmaktadır. Taşçı ve Ark. çalışmasında infertil kadınların yaş ortalaması 30.42 ± 5.20 olup %32.6'sının (n=47) 25-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.(6) Haliloğlu ve Ark. 29.56 ± 5.62 olup %39.7 'sinin (n=119) 25-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (11). Teskereci, 31.04 ± 5.26 olup %37.5'inin (n=75) 25-29 olarak belirlenmiştir. İnfertil kadınlarla yapılmış farklı bulgulara sahip çalışmalarda bulunmaktadır (16). Şen, çalışmasında kadınların %44,8' inin (n=60) 30-34 yaş grubunda, Pasinlioğlu, kadınların % 62.3' ünün (n=127) 31-40 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (15). İnfertiliteyi etkileyen önemli bir faktör olarak yaş ele alınmaktadır.

Çeşitli araştırmalarda kadının doğurganlık döneminin 15-49 yaş olarak bildirilmesinin yanında her açıdan en uygun doğurganlık yaşı farklılık göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) yayınlamış olduğu verilerine göre en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir (125).

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun ilköğretim eğitim düzeyinde (%38,9) ve ev hanımı (%57,3) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza paralel olarak Dilek ve Kızılkaya Beji çalışmasında; eğitim düzeyini %56.3 ilköğretim olarak ve %70'ini ev hanımı olarak saptamıştır(93). Algül, çalışmasında kadınların %77'sinin çalışmadığını, Kuş, yapmış olduğu araştırmaya katılan kadınların %43,3 ilköğretim

düzeyinde, %79.9 oranında ise ev hanımı olduğunu ve çalışmadığını belirtmiştir (9, 38). Eğitim düzeyi ve çalışma durumu doğrudan ilişkili faktörlerdir. Eğitim düzeyinin düşük olması infertilite sürecinin ve tedavisinin algılanmasını, çiftlerin sorunlarla baş etme başarısını etkilemesi açısından önemli kabul edilmektedir.

Çalışmaya katılan infertil kadınların %74,4'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu ve %67,2'sinin sosyal güvencesinin tedavi masraflarını kısmen karşıladığı görülmüştür. Sömek, İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada; infertil bireyler %25,4 tedavi masraflarını sosyal güvencesinin karşıladığını, %63,1 kısmen karşıladığını, %11,5 ise tedavi masraflarını kendisi karşıladığını belirtmiştir.(126) Tedavi masraflarının yüksek olduğu infertilite tedavisinde; herhangi bir sosyal güvencesinin olması, tedavi masraflarının karşılanması tedavinin devamı açısından büyük önem taşımaktadır. Ekonomik faktörler katılımcılar için önemli bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu verilerine göre (Mart – 2017) yoksulluk sınırı 4.823,31 TL olarak belirtilmiştir (127). Bu bilgi çalışmamız ile aynı düşünceyi savunmaktadır.

Olguların %32,8'inin evlilik süresinin 4-6 yıl arasında olduğu ve %43,9'unun çocuk sahibi olma isteği süresinin 3 yıl ve altında olduğu görülmüştür. Farklı çalışmalarda bu veri ile uyumsuzluk gözlemlenmiştir. Kırço, araştırmasında %52,7 oranında evlilik süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır(129). Bayram, çalışmasında %65,5'inin 5 yıl üzeri evlilik süresi olduğu belirtilmiştir (8). Çoban Kırço ve Dinç çalışmasında evlilik süresinin 5 yıl ve altında ve %47,3'üne karşılık geldiği saptanmıştır(130). Keskin ve Babacan Gümüş, çalışmasında elde ettiği sonuçlara göre katılımcıların %47'sinin evlilik süresinin 5 yılın altında olduğunu belirtmiştir(22). Güncel literatürler çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışma kapsamında kadınlar %74,4'ü sigara ve %89,4'ü alkol kullanmadığını belirtmiştir. Ulaşılan literatürlerde sigara ve alkol kullanımında farklı oranlar saptanmıştır. Algül, infertil kadınların %85,5 'inin sigara kullanmadığını, Pınar ve Zeyneloğlu, %74,5'inin sigara ve %37,5'inin alkol kullandığını, Esmaeilzadeh ve Ark. %6,9'unun sigara kullandığını ve %0,7'sinin alkol kullandığını belirtmiştir (38, 131, 132).

Sigara ve alkol kullanımı inferil kadınlarda dikkat edilmesi ve incelenmesi gereken bir durumdur. Sigara ve alkol kullanan kadınlarda, kullanmayan kadınlara göre daha fazla infertilite oranı dikkat çekmektedir. Sadece spontan gebeliği engellemekle kalmayıp yardımcı üreme tekniklerini de olumsuz etkilemektedir.

İnfertil kadınların %65'inin hiç gebelik deneyimi olmadığı, %35'inin ise gebelik deneyiminin olduğu saptanmıştır. Uğur çalışmasında katılımcıların %37,8'nin, Kırço ise %26,6'sının gebelik deneyimi olduğunu vurgulamıştır(43, 129). Bu bulgularda çalışmamıza paralel konumdadır.

İnfertilite nedenleri çeşitli kaynaklarda ve araştırmalarda farklılık göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadınların %40,6 sı infertilitenin kendisinden kaynaklandığını, %19,4 erkek kaynaklı , %21,7 her ikiside etken ve %18,3 nedeni açıklanamayan olarak belirtmiştir. Heredia ve Ark.'nın çalışmasında infertilite nedenini %62,5 erkek kaynaklı, %18,8 kadın kaynaklı, %6,3 her ikiside etken ve 12,5 nedeni açıklanamayan olarak saptanmıştır(133). Ünal ve Ark.'nın yapmış olduğu araştırmada %26,1 kadın kaynaklı, %22,4 erkek kaynaklı, %12,8 her ikiside etken ve %38,7 nedeni açıklanamayan infertilite olarak belirtmiştir (134). Çavuşoğlu çalışmasında %52 kadın kaynaklı, %15 erkek kaynaklı, her ikiside etken %19 ve nedeni açıklanamayan %14 olarak vurgulamıştır. Genel olarak infertilite nedenleri ve oranları; %40-50 kadın kaynaklı, %30-40 erkek kaynaklı, %10-15 nedeni açıklanamayan infertilite olarak literatürlerde yerini almaktadır (28).

Çalışmaya katılan kadınların %63,3'ü önceden infertilite tedavisi yaşadığını belirtmiştir. %35,6'sının aşılama (IUI) ve %50,6'sının tüp bebek (IVF) yaptırdığı saptanmıştır. Durmazoğlu, kadınların tedavi seçeneklerinden %56,5'inin IUI yaptırdığını ve %26,5'inin IVF yaptırdığını belirtmiştir (29). Kuş çalışmasında katılımcıların %60,4'ünün infertilite tedavisi aldığını vurgulamıştır. %24,7'sinin IUI yaptırdığı, %18,5 IVF yaptırdığı saptanmıştır (9). Çalışmalarda farklı oranlara ulaşılmasının sebebi infertilite prevalansında artış bunun doğrultusunda tedaviye yönelimde artış yaşanılmasıdır.

Katılımcıların çocuk sahibi olmanın anlamını, %71,7'si annelik duygusu yaşamak, %41,7'si ailesinin mutlu olması, %37,8'i hayatının anlamı, %32,1'i toplum içinde rahat olmak ve %23,3'ü eşimin mutlu olması olarak belirtmiştir. %31,1'i

infertilitenin kendisi olumsuz etkilemediğini belirtirken, %40,6'sı sosyal yaşamını ve %57,2'si ruhsal sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Algül, çalışmasında infertil kadınların %45,5'inin çocuk sahibi olamamayı üzücü bir olay olarak ifade ederken, %32,7'sinin hayatında hiçbir değişiklik meydana getirmediğini ifade etmiştir(38). Kuş, araştırmasına katılan kadınların %73.9 oranında olumsuz duygular hissettiğini belirtmiştir(9). Devran ve Ark. yapmış olduğu çalışmada infertil kadınların %74,4'ü çocuk sahibi olamamayı üzücü bir olay olarak ifade etmiştir(135). Taşçı ve ark. çalışmasında infertil bireylerin büyük bir çoğunluğunun %83,3 baskı altında hissettiklerini vurgulamıştır(6).

Keskin ve Babacan Gümüş araştırmasında, infertil kadınların çocuk sahibi olamamasının kendisine ve ailesine olan etkisi sorulduğunda %58,2'sinin çok üzüldüğünü, %14,2'sinin çok mutsuz olduğunu ve %8,5 eşinden-ailesinden utandığını belirtmiştir(22). Lau et al. çalışmasında infertilite tedavi gören çiftlerin çoğunun tedavi süreci nedeniyle baskı yaşadıklarını gözlemlemiştir(136). Bu durum tedavi sürecinden olumsuz etkilenildiğinin bir göstergesidir. Türk toplumunun ataerkil bir toplum olması, çocuk sahibi olunmasında kadına verilen yükün fazla olması ve doğurganlığın kadına ait bir sorumluluk olarak algılanması nedeniyle kadınlara daha çok baskı ve suçlama duygusu yaşatılmaktadır.

7.2.Ucla Yalnızlık Ölçeği Ve Aile Desteği

Literatür verileri; günlük yaşamda, sosyal çevrede ve iş hayatında infertil kadınların infertil erkeklere göre 'infertilite'den daha fazla etkilendiklerini, bu konuda daha çok ruhsal devinim yaşadıklarını ifade etmektedir. Çünkü kadınların çocuk sahibi olma eğilimleri daha güçlüdür ve bu konuda tedavi eğilimleri daha fazladır(22). İnfertilitenin sebebi ne olursa olsun bu durum en fazla kadınları etkilemektedir. Ayrıca; yapı itibari ile kadınlar hem daha hassas ve kırılındırlar hem de toplum içinde yüklendikleri annelik yükünden dolayı kendilerini daha fazla sorumlu hissederler. İnfertilite kaynağı erkek olsa bile erkeğin yaşamının çoğunu dışarda geçirmesi, kendini başarılı olacağı işlere vermesi ya da duygularını kontrol etmesi çocuksuzluk hissi ile daha kolay baş etmektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalar, infertilite özelliği gösteren kadınların yaklaşık %50'sinin bu zorlu süreci hayatları

boyunca karşılaştıkları en sıkıntılı durum olarak tanımladıklarını ve yaşadıkları psikososyal acı çekmenin, kanser ve kalp yetmezliği gibi hayatı tehlikeye sokan ve tehdit eden hastalığı olanlarla benzer olduğunu ortaya koymuştur. İnfertil kadınların yüksek düzeyde stres ve anksiyete yaşamalarının altında yatan en önemli sebebin infertiliteye bağlı yaşanan annelik duygusunun kaybı, üretkenliğin kaybı, benlik saygısının kaybı, genetik devamlılığın kaybı olduğu bildirilmektedir(7).

İnfertilitenin tedavi edilemediği ve çözümlenemediği durumlarda eşler birbirlerinin geçmişlerini sorgulamaya başlayarak eksikliklerini bulmaya çalışırlar. Geçmişini araştırmak zamanla yerini öfke ve kine bırakır eşler birbirlerini suçlamaya başlarlar. Bu durum evlilik ilişkisinde büyük çatlakların oluşmasına neden olarak eşlerin yalnızlaşmasına ve yabancılaşmasına yol açar. Bu yalnızlık duygusu zamanla depresyon, stres, bunalım şeklinde kendini göstererek sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır ancak gerekli eş ve aile desteği ile depresyon, stres ve yalnızlık duygularında ciddi azalma olduğu ifade edilmektedir (137). Örneğin Keskin ve ark. bu konuda infertilite tedavisi sırasında, kadında depresyon ve umutsuzluk semptomları gözlemlendiğini, tedavi sonrası eş desteği ile psikiyatrik semptomlarda azalma olduğunu ifade etmişlerdir (138). Sosyal desteğin gebelik sürecinde de önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (139).

Çalışmamız yaş ortalaması $32,63 \pm 5,78$ olan 180 infertil kadın üzerinde gerçekleştirilmiş olup UYÖ faydalanılmıştır. UYÖ'den alınabilecek en düşük değer 20 olup, en yüksek değer ise 80'dir. Çalışmamızda UYÖ'den aldıkları puan ortalaması ise $47,24 \pm 12,06$ olarak belirlenmiştir.

Kavlak ve ark. 'infertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi' konulu çalışması sonucunda infertil kadınların genel yalnızlık puan ortalaması $37,63 \pm 11,83$ olarak saptanmıştır. (140). Jirka ve ark.'nın İnfertil çiftlerde yalnızlık ve sosyal desteği araştırdıkları çalışmalarında Kadınların yalnızlık puan ortalamasını 39,71 dur. (141). Gokler, infertil kadınlarda UCLA (yalnızlık ölçeği) puan ortalamasını 32,16 olarak bulunmuştur (142). Çalışma sonucumuz literatürlere destek vermektedir.

Katılımcıların UYÖ'de yer alan maddelere verdikleri yanıtların dağılımına incelendiğinde; yalnızlığa katkı verme anlamında en fazla oranda olumlu yanıtladıkları üç ifadenin ikisinin ölçekteki ters puanlanan maddeler olduğu belirlenmiştir. “İstedğim zaman arkadaş bulabilirim” ifadesini katılımcıların %22,8'nin “hiç yaşamam”, %37,2'sinin de “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı saptanmıştır. Aynı ölçekte “Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum” ifadesini, katılımcıların %25,6'sınının “hiç yaşamam”, %30,6'sının da “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; “Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum” ifadesine, katılımcıların %23,9'unun “sık sık yaşarım”, %26,1'inin “bazen yaşarım” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır.

Yalnızlığa katkı vermeme anlamında en fazla oranda olumsuz yanıtladıkları üç ifadenin ikisinin ölçekteki ters puanlanan maddeler olduğu belirlenmiştir. “Başvurabileceğim hiç kimse yok” ifadesini, katılımcıların %53,3'ünün “hiç yaşamam”, %27,8'inin “nadiren yaşarım” şeklinde yanıtladığı saptanmıştır. Aynı ölçekte “Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum” ifadesini, katılımcıların %32,2'sinin “sık sık yaşarım”, %41,7'sinin “bazen yaşarım” şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; “Çevremdeki insanlarla ortak bir yönüm var” ifadesine, katılımcıların %21,1'inin “sık sık yaşarım”, %35,6'sının “bazen yaşarım” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır. Değişken sonuçlar çıkmasının nedenleri olarak; heterojen bir katılımcı grubu olması, yaş gruplarındaki farklılıklar ve bu farklılıkların fizyolojik, psikolojik olarak insan doğasına etkileri düşünülmektedir.

Çalışmamızda infertil kadınların yaşları ile UYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; Katılımcıların yaş grupları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların ÜYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) fark olduğu saptanmıştır. 36-40 yaş grubunda olan katılımcıların puan ortalamasının, 25 yaş ve altı, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubunda olan katılımcıların puan ortalamalarından ÜYO için çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır(Tablo 6.6).

21.yüzyılda özellikle sanayileşmiş ve gelişmiş batılı ülkelerde infertilite önemli bir toplum sağlığı problemi haline gelmiştir. Bunda da en önemli faktör; çocuk doğurmanın ertelenmesi olarak kabul edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre; ülkemizde doğum-çocuk sahibi olma hızı giderek azalmakta ve çocuk doğurma yaşı gün geçtikçe artmaktadır(12). Kadınlardaki hormonal mekanizmanın etkisi ise en kritik yaşın 35-40 arası olmasından dolayı bu yaş aralıklarındaki kadınları daha fazla stres ve depresyona sürüklediğini göstermektedir. 40 yaşından sonra her ne kadar çocuk sahibi olma isteği ve tedavileri devam diyor olsa da belli bir noktada kabullenmişlik meydana gelmektedir.

İnfertil kadınların eğitim durumlarına göre yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde; grupların UYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olan katılımcıların puan ortalaması lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalamalarından daha yüksek olup UYÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Kavlak ve ark., Kapan, çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe yalnızlık düzeyinin azaldığı gözlenmektedir(140,143). Bu kuvvetli ilişki, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin yalnızlık duygusunu daha kolay tolere edebildiklerini düşündürmektedir. Çalışmamız literatürler ile paralellik göstermektedir.

Akçin'in infertil çiftlerde psikiyatrik semptomları incelediği araştırmasında ilk öğrenim görmüş infertil kadınların yüksek öğrenim görmüş olan infertil kadınlara göre daha fazla yalnızlık ve depresyon yaşadıklarını ifade ettiklerini bildirmiştir(144). Eğitim seviyesinin çok düşük ve yüksek olmasının, infertil kadının yalnızlık, depresyon ve sürekli anksiyetesi üzerine önemli bir değişken olduğunu düşündürmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde sorunu bütün yönleri ile ele almak, değerlendirmek, çıkarımlarda bulunmak şeklinde teknik donanım ile birlikte uzun vadede sorunların çözümü konusunda yeterli donanıma sahip olamayabilirler. Eğitim düzeyi, sağlık, üreme ve bilinçlilik yönlerinden büyük önem taşımakta ve infertilitenin doğru bir şekilde algılanmasını, farkındalığın artmasını ve infertiliteye bağlı problemlerin meydana gelme olasılığını da etkilemektedir.

İranlı infertil kadınlar üzerinde; infertilitenin bilişsel tepkilerinin, kognitif reaksiyonların, duygusal mekanizmaların ve terapi sürecindeki yalnızlık duygusunun araştırıldığı çalışmada infertil olan kadınların tedavi etmek isteyen kadınların, infertil bireylerin ve çiftlerin zihinsel sağlığı ve refahı üzerinde yıkıcı etkiler yaratan çeşitli psikolojik-duygusal sorunlarla karşı karşıya kaldıklarını ortaya koymaktadır(145).

Çalışan ve çalışmayan infertil kadınların yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde; işgören 44,57, işveren 47,07, ev hanımı 49,88 olarak saptanmıştır. Şu an çalışma durumunu evet cevaplayan 47,82, hayır cevaplayan 46,96 olarak belirlenmiştir. Yürütülen çalışmamızda çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında yalnızlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.6).

İnsanlar bir iş ile uğraştıkları zaman hem kendilerini daha işe yarar ve mutlu hem de daha üretken hissederler. Dolayısıyla bir sıkıntıları olduğu zaman kendilerini başka uğraşlara vererek başetme metodu geliştirirler. Bu durum infertil kadınların yaşadıkları depresyon, umutsuzluk ve yalnızlık içinde geçerlidir. Yapılan çalışmalarda infertil kadınlarda izolasyon, umutsuzluk, ve depresyon hislerinin arttığını ve infertil kadınlar için çalışma hayatının bir nevi terapi özelliği gösterdiği ifade edilmiştir (146). Dış çevre ile sürekli içiçe olan, sosyal hayattan kendini soyutlamayan ve çalışan infertil kadınlarda, infertiliteye bağlı depresyon, yalnızlık ve anksiyetenin daha az görüldüğünü ifade eden araştırmalar bulunmaktadır.(29) Eğitim düzeyi, sağlık, üreme ve bilinçlilik yönlerinden büyük önem taşımakta ve infertilitenin doğru bir şekilde algılanmasını, farkındalığın artmasını ve infertiliteye bağlı problemlerin meydana gelme olasılığını da etkilemektedir. Ayrıca, ekonomik olarak alt seviyede bulunan ailelerin, daha az tedavi gördükleri ve buna yönelik girişimlerde daha az buldukları ifade edilmiştir (140).

Katılımcıların gelir durumu algıları ile UYÖ'de aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların UYÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Benli'nin infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete durumunu araştırdığı çalışmasında infertilite tedavisi boyunca harcanan para ile çiftlerin stres düzeyleri arasındaki ilişki ($p<0.05$) düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (147). Can, yardımcı üreme teknikleri ile hamile kalmaya çalışan infertil kadınları araştırdığı çalışmasında infertil kadınların tedavi süresince

yaşadıkları stres nedenleri arasında %16.4 oranında ekonomik sorunların bulunduğunu saptadıklarını ifade etmişlerdir(148) .

Gelir durumları sorgulandığında durumu kötü olanların yalnızlık ortalamaları 56,2 iyi olanların ise 42,0 olduğu belirlenmiştir. Bu durumda bizim sonuçlarımızda yalnızlık duygusunun bir işle meşgul olunmasının yanında maddi durum ile de ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, ekonomik olarak alt seviyede bulunan ailelerin, daha az tedavi gördükleri ve buna yönelik girişimlerde daha az buldukları ifade edilmiştir (140).

Katılımcıların evlilik süresi grupları ile UYÖ'den ve aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların UYÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 3 yıl ve altında evlilik süresi olanların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri evlilik süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

İnfertil kadınların çocuk isteme sürelerine göre yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde; 3 yıl ve altında evlilik süresi olanların (43,12) UYÖ' den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl (48,86), 7-9 yıl (51,80) ve 10 yıl ve üzeri (52,56) evlilik süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Kavlak ve ark. ise; çocuk isteme süresi 1-2 yıl olanlarda 34,87, 3-4 yıl 41,50, 5 yıl ve üzeri olanlarda ise 38,33 olarak belirlemişlerdir(140).

Katılımcıların çocuk sahibi olma isteği süresi grupları ile 3 yıl ve altında çocuk sahibi olma isteği süresi olanların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri çocuk sahibi olma isteği süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İnfertil kadınlar ile fertil kadınlar aynı kişilik özelliklerine sahiptirler. Fakat; annelik duygusu yaşamak (%71,7), ailesinin mutlu olması (%41,7), hayatının anlamı (%37,8'i), toplum içinde rahat olmak (%32,1) ve eşin mutlu olması (%23,3'ü) gibi sebeplerden dolayı diğer kadınlara göre dahah hassas, daha kırılğan ve daha çok yalnızlık duymaktadırlar.

Çalışmamızda en fazla annelik duygusunu yaşamak ve hayatlarına anlam kazandırabilmek amacı ile kadınların çocuk sahibi olmak istedikleri görülmüştür. Bidzan, çalışmasında kadınların en fazla annelik duygusu yaşamak için çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmiştir (149). Ayrıca Verhaeghe ve ark., infertilite dışında kanser gibi ciddi hastalığı olan infertil kadınlarda bu yalnızlık hissinin çok daha fazla olduğunu ve kendilerini toplumdan soyutladıklarını ifade etmişlerdir(150).

Çalışmamızda geniş ailede yaşayan infertil kadınların kendilerini daha yalnız hissettikleri ve UYÖ puan ortalamalarının çekirdek aileye göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kuş'un infertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek aileye kıyasla bu durumdan daha fazla etkilendikleri dikkati çekmektedir(9).

Fakat Erdem; bu konuda tam tersi durumun geçerli olduğunu 'çekirdek ailede yaşayan kadınların depresyona daha yatkın olduklarını, çekirdek ailede yaşayan kadınların yaşamlarındaki sevinç, üzüntü, keder ve hastalık gibi olayları paylaşacak kimsenin olmaması, kadınların problemleri ile baş başa kalmaları kadınların depresyon puanlarını artıracaklarını' ifade etmektedir.(151) İnfertil kadınları yalnızlaşmaya iten sebeplerden bir diğeri ise özellikle eşinin ailesi tarafından gördükleri baskı ve damgalanmadır. Çünkü; çocuk doğuramayan kadın eksik ve hastalıklıdır düşüncesinin hakim olduğu toplumlarda çocuk doğuramamak nesillerinin kesilmesi ve bitmesi anlamı taşımaktadır.

Katılımcıların infertilite tedavisini deneyimleme durumları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İnfertilite tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların aşılama tedavisini deneyimleme durumları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Aşılama tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ'den aldıkları puan ortalaması; istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tüp bebek tedavisini deneyimleme

durumları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüp bebek tedavisini önceden deneyimleyenlerin UYÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların tüp bebek tedavisini deneyimleme sayıları ile UYÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüp bebek tedavisini 2 kere ve üzerinde deneyimleyenlerin aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İnfertilite tedavisinin infertil bireyler üzerinde farklı sonuçlar oluşturduğu düşünülmektedir. Doğurgan çağda tedaviye yaklaşım daha umut dolu, pozitif düşünceler içermektedir. Tedavi sürecinde olumsuz sonuçlar ile karşı karşıya kalan çiftler depresyona, yalnızlığa, toplumdan soyutlanmaya giderek yaklaşmış olup pozitif düşünceler yavaş yavaş yerini negatif düşüncelere bırakmaya başlamıştır. Bu durum bireylerin sosyal ilişkilerini etkileyerek yalnızlık duygusunun yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

AADÖ'den alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40'dır. Çalışmamızda katılımcıların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının $28,67\pm 8,83$, minimum-maximum puanı 6-40 olduğu saptanmıştır. Kurhan, infertilite tedavisi gören kadınlarda psikolojik değişkenlerin incelenmesi çalışmasında katılımcıların AADÖ puanı 30, minimum-maximum puanı 17-39 olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Bu çalışmanın İstanbul dışında yürütülmüş olmasına rağmen alınan puan ortalamalarının yakın olmasının sebebi çalışmamızda katılımcıların heterojen bir gruptan oluşması, farklı kültürlere, aile yapılarına sahip olmaları olarak düşünülmektedir(152).

Kiriş'in jinekolojik hastalarda sosyal destek ve etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmasında AADÖ'den aldıkları puan 33.827 olarak saptanmıştır. Bu veri çalışmamızdan yüksek bulunmuştur(153). Kavlak, yürütmüş olduğu çalışmasında katılımcıların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının ise 37,63 olarak belirlediklerini ifade etmişlerdir(140). Çalışmamız ile karşılaştırıldığında infertil

kadınlar Kiriş ve Kavlak'ın çalışmasındaki kadınlara göre daha az aile desteği görmektedirler.

Katılımcıların AADÖ'deki maddelere verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde ise; hem en fazla katıldıkları hem de en az katıldıkları üçer maddenin buraya taşınması anlamlı görülmüştür. Buna göre, katılımcıların en olumlu değerledikleri ifadeler ele alındığında ilk olarak, "Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim" maddesini, katılımcıların %87,2'sinin "evet" şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "Daha farklı bir ailem olmasını isterdim" maddesini, katılımcıların %75,6'sının "hayır" şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır. Son olarak; "Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar" maddesini, katılımcıların %75,0'inin "evet" şeklinde yanıtladığı görülmüştür.

En olumsuz değerledikleri ifadeler ele alındığında ise, "Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim" maddesini, katılımcıların %39,4'ünün "hayır" şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır" maddesine %33,9 oranında "evet" şeklinde yanıt verdikleri saptanmıştır. Son olarak; " Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var" maddesini, katılımcıların %32,2'sinin "hayır" şeklinde yanıtladığı görülmüştür.

Toplumun temelini oluşturan en önemli yapı taşı ailedir. Türk toplumunda aileye verilen değer ve aileye karşı sorumluluklar önemli bir yer tutmaktadır. Aile fertleri arasında gerçekleşen iletişim, gelenek görenekler toplumdan topluma değişkenlik göstermektedir. Bireyler duygularını özgürce ifade edebiliyorsa ve birbirlerine karşı güven duygusunda devamlılık sağlanıyorsa hiç şüphesiz iletişimde artış görülecektir. Aile bireyleri arasındaki iletişim ne kadar kuvvetliyse toplumda o kadar iyi yol alacaktır.

İnfertil kadınların yaş grupları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. 36-40 yaş grubunda olan katılımcıların

puan ortalamasının, 25 yaş ve altı, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubunda olan katılımcıların puan ortalamalarından AADÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Çalışmamızda yaş artıkça aile desteğinin azaldığı gözlenmiştir. Örneğin; 25 yaş ve altı infertil kadınlarda AADÖ puan ortalaması 31, 5 iken 41 yaş ve üzerinde 25,7 olarak belirlenmiştir. Erdem, infertil kadınlarda algılanan sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkinin belirlendiği çalışmasında bizim sonuçlara benzer sonuçlar bulmaktadır (151). Genç infertil çiftler tedavi başlangıcında daha umutlu olabilmektedir. Bunun bir sebebi tedavi sürecinin yıpratıcı yönüyle henüz tanışmamış olmalarıdır. Çocuk sahibi olmayı evliliğin bir parçası olarak gören toplumun yapmış olduğu baskı nedeniyle ilerleyen yaşlarda içine kapanma, düşüncelerini ifade etmede azalma yaşanması mümkün durumlardır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu olan katılımcıların puan ortalamasının, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların puan ortalamalarından AADÖ için ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan ya da gelişime açık olan bireylerin kendini ifade etme yeteneği gelişmiştir. Bir sorunu olduğunda çözüm ihtimalleri kısıtlı olsa dahi bunu paylaşmanın rahatlatıcı bir yönü olduğunun farkındadır. Eğitim seviyesi ayrıca tedavi için de önemli bir yer tutmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan infertil bireylerde infertilite nedenlerinin anlaşılmadığı, tedavi nedeniyle yaşanabilecek sorunların meydana gelebilmesi ve çözümünde yeterli bilgiye sahip olamayabilirler.

Katılımcıların evlilik süresi grupları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Üç yıl ve altında evlilik süresi olanların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri evlilik süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Katılımcıların çocuk sahibi olma isteği süresi grupları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

7-9 yıl çocuk sahibi olma isteği süresi olanların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 3 yıl ve altında ve 4-6 yıl çocuk sahibi olma isteği olanların aldıkları puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu ($p<0,01$) saptanmıştır. Çiftler, evliliklerinin ilk yıllarında aile ve çocuk sahibi olma duygusuna karşı daha hayat dolu olmaktadır. İnfertilite süreciyle yeni tanışan çiftler ise infertilite nedenine bağlı olarak durumun ciddiyetinin farkında olmayabilir, umutlarını devam ettirebilirler. Ancak tedavinin ilerleyen süreçlerinde toplum tarafından damgalanmaya maruz kalan infertil bireyler birbirinden uzaklaşabilmekte ve kendilerini farklı alanlara yöneltebilmektedir. Bu durum çiftlerin ilişkilerinde yıpranmaya, kopukluklar yaşanmasına neden olabilmektedir (20).

Katılımcıların gelir durumu algıları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; AADÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gelir durumunu kötü algılayanların puan ortalamasının, orta ve iyi algılayanların puan ortalamalarından AADÖ için çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Tedavi masraflarının karşılanma durumu sorulduğunda; sosyal güvencenin tümüyle karşılama durumu $31,13\pm 8,78$, kısmen karşılama durumu $28,38 \pm 8,53$, tamamen kendisi karşılama durumu ise $27,46\pm 9,87$ olarak tespit edilmiştir.

Kuş yapmış olduğu çalışmasında; tedavi masraflarını karşılanması ve maddi açıdan sıkıntı yaşanma durumuna katılımcıların %89,3 ünün tedavi masraflarını tamamen kendisinin karşıladığını, % 64,2'sinin maddi sıkıntı yaşadığını belirttiğini saptamıştır(9). Keskin, infertilite tanısı bulunan ve tedavi gören kadınların %86,7'sinin ekonomik durumlarına olumsuz yönde etkilendiğini vurgulamıştır(24). İnfertilite tedavi masraflarının tamamen sosyal güvence kapsamında olabilmesi için olması gereken bazı şartlar bulunmaktadır. Daha önce tedavi geçirmiş olması, yaşı, çocuk sahibi olması gibi faktörler masrafların karşılanmasında önemli yer tutmaktadır.

Katılımcıların sigara kullanım durumu ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların AADÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara kullanmayanların AADÖ'den aldıkları puan ortalaması, kullananların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kendi içine çekilen, sosyal çevreden ve en önemlisi aileden kopukluk yaşayan infertil kadınlarda sigara kullanımında artış olduğu düşünülmektedir. Stresin sigara kullanımında artışa neden olduğunu destekleyen çalışma bulunmaktadır(154).

Katılımcıların infertilite tedavisini deneyimleme durumları ile AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. İnfertilite tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Tedavi seçeneklerinden aşılama tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ'den aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tüp bebek tedavisini önceden deneyimlemeyenlerin AADÖ'den aldıkları puan ortalaması çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Türk toplumunda kadının önemli rollerinden biri çocuk doğurması olarak kabul edildiği için infertilite tanısı alan kadınlarda yüksek düzey aksiyete, yalnızlık duygusu, içine kapanıklık, paylaşımına açık olmama ve toplum tarafından damgalanma beklenen durumlardır. İnfertil bireylere uygulanan toplumsal baskı, tedavi sürecinin ve sonuçlarının gizlenme ihtiyacı duymaktadırlar(10,14). Bu sebeple daha önce tedavi sürecine dahil olmayan infertil kadınların algıladıkları aile desteği yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın özünü infertil kadınlarda UYÖ ve AADÖ arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Çünkü; maddi, manevi, ruhsal ve sosyal faktörler çok kırılgan dönemden geçen infertil kadınları etkileyerek yaşam kalitelerini düşürecek ve bütün hayatlarının dengesinin bozulmasına neden olabilmektedir. Bu konuda çalışma sonucumuzda UYÖ puan ortalamaları ile AADÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

nin negatif yönde güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) olduğu bulunmuştur. Diğer faktörler ile birlikte aile desteği azaldıkça yalnızlık artmakta, aile desteği arttıkça ise yalnızlık azalmaktadır. Kurhan, infertilite tedavisi gören kadınlarda psikolojik değişkenlerini incelediği araştırmasında aynı sonuca dikkat çekmektedir (152).

Jirka ve ark.'nın infertil çiftlerde yalnızlık ve sosyal desteği araştırdıkları çalışmalarında; yalnızlık ile sosyal destek arasında istatistiksel olarak güçlü bir korelasyonun ($r=-0,62$) olduğu ifade edilirken bizim çalışmamızda aile desteği düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında negatif yönde daha güçlü ve çok ileri düzeyde ($r=-0,73$) anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur(141). Kavlak ve ark. ise; yalnızlık ve aile desteği arasındaki korelasyonun $r=-0,53$ olduğunu belirtmişlerdir (140).

8.SONUÇ

Bu çalışmada, infertilite kliniğine başvurmuş kadınlarda yalnızlık ve aile desteğini etkileyebilecek demografik bilgilerin, geçmiş tedavi bilgilerinin ve kişisel özelliklerinin değerlendirilmesi UCLA ve AADÖ eşliğinde incelenmiştir.

- Çalışmamızın yaş ortalaması yaş ortalaması $32,63 \pm 5,78$ olup, %30'unun (n=54) 26-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.
- Çoğunluğunun ilköğretim eğitim düzeyinde (%38,9) ve ev hanımı (%57,3) olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan infertil kadınların %65'i gebelik deneyimi olmadığını, %40,6'sı infertilitenin kendisinden kaynaklandığını ve %63,3'ü önceden infertilite tedavisini deneyimledikleri belirlenmiştir.
- İnfertil katılımcıların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının $47,24 \pm 12,06$ olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların AADÖ'den aldıkları puan ortalamasının $28,67 \pm 8,83$ olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların en olumlu değerledikleri ifadeler ele alındığında ilk olarak, "Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim" maddesini, katılımcıların %87,2'sinin "evet" şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "Daha farklı bir ailem olmasını isterdim" maddesini, katılımcıların %75,6'sının "hayır" şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır.
- Katılımcıların eğitim düzeyleri ile UYÖ'den ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların ÜYO puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p < 0,001$) ve AADÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p < 0,01$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

- Üç yıl ve altında çocuk sahibi olma isteği süresi olanların UYÖ'den aldıkları puan ortalamasının, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri çocuk sahibi olma isteği süresinde olanların aldıkları puan ortalamalarından çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$)
- Katılımcıların UYÖ ve AADÖ'den aldıkları puan ortalamalarının gebelik deneyimi, infertilite nedeni ve aşılama tedavisi sayısı özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- UYÖ puan ortalamaları ile AADÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; katılımcıların algıladıkları aile desteği düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında negatif yönde güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0,001$) olduğu bulunmuştur.

Sonuçlarımız değerlendirildiğinde;

- İnfertilite; sadece kadının kendisini yada eşini değil bütün aile ve sosyal çevreyi birlikte etkileyenpsikososyal sorunları da beraberinde getiren bir yaşam krizidir.
- İnfertilite tedavisinin başarılı olabilmesi için yalnızlık duygusu başta olmak üzere diğer psikososyal sorunların ele alınarak koruyucu önlemlerin alınması, sağlık hizmetinin sunumunda üzerinde durulması gereken önemli bir konudur.
- İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları yalnızlık duygusunun bilinmesi ve bu ölçüde aile desteğinin sağlanması, infertil bireylerin infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır.

- Tedavinin farklı aşamalarında ilk tanı, tetkik, tedavi, tedavinin olumsuz olduğunu öğrenme, düşük vb. bireylerin infertiliteden etkilenme düzeylerinin değerlendirildiği ileri çalışmalar yapılmalıdır.
- İnfertilite tedavisinde sağlık sunucusu olarak tedavi işlemlerinin tamamında bulunan hemşirelere de gerekli eğitimler verilerek sürece olumlu katkıları sağlanmaları önerilmektedir.
- Daha sonraki çalışmalara; sadece infertil kadınlarla değil, eşleri, aileleri ve hemşirelerinde dahil edilerek geniş kapsamlı araştırmaların yapılabilmesi tavsiye edilmektedir.

9.KAYNAKLAR

- 1-Güleç G., Hassa H., Yalçın EG. Ve Yenilmez Ç. Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 22(3):166-76, 2011.
- 2-İslimye Taşkın M., Usta A., Cüce C., Adalı E. Ve Arslan M. İnfertil Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve İlişkili Faktörler.Eur J HealthSci. 2(3):79-84, 2016.
- 3-Dilek N. Ve Kızılkaya Beji N. Yardımcı Üreme Teknikleri İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 9(1): 24-29, 2012.
- 4-WHO. Motherornothing theagony of infertility. WHO Bulletin. Availablefrom URL: [http:// www.who.int/entity/reproductivehealth / publications/ infertility/ bulletin_88_12/en/-21k.2010](http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/-21k.2010) (Erişim Tarihi: 19.02.2017)
- 5-Kırca N. Ve Pasinoğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 5(2):162-178, 2013.
- 6-Taşçı E., Bolsoy N., Kavlak O. Ve Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu.Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 5(2):105-10, 2008.
- 7-Karaca A. Ve Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 3(2):80-85, 2012.
- 8-Onat Bayram G. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
- 9- Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
- 10-Karaca A. Ve Ünsal G. İnfertil Kadınlarda İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler.Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 12(2): 126-132, 2015.

- 11-Haliloğlu S., Sağlam ZA., Toprak D. Ve etin A. İnfertilite Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Sosyodemografik zelliklerinin Değerlendirilmesi. Smyrna Tıp Dergisi Sayfa:15-21, 2013.
- 12-Sezgin H. Ve Hocaoğlu . İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi. 6(2):165-184, 2014.
- 13-Oğuz HD. İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri Ve Cinsel Yaşama Etkileri.Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
- 14-zelik B., Karamustafaloğlu O. Ve zelik A. İnfertilitenin Psikolojik Ve Psikiyatrik Yönü.Anadolu Psikiyatri Dergisi. 8(2):140-148, 2007.
- 15-Şen E., Bulut S. Ve Őirin A. Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. F.N. Hem. Derg 22(1):17-24, 2014.
- 16-Teskereci G. İnfertilite Tedavisi Gören iftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2010.
- 17-Koyun A., Taşkın L. ve Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(1):67-99, 2011.
- 18-Őirin A. Ve Kavlak O. Kadın Sağlığı, Kadın ve Cinsellik. Bedray yayıncılık;.p.1-110, 2008.
- 19-Onat, G. Ve Kızılkaya Beji N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: A casecontrol study of Turkish couples. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 165: 243–248, 2012.
- 20-Kıro oban T. Ve Din A. İnfertilitenin Cinsel Yaşam zerine Etkisinin İncelenmesi. International Journal of Clinical Research 1(2):46-53, 2013.

- 21- Keskin G., Bilge A., Akmeşe ZB. ve Saydam BK. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 21(2):53-60, 2012.
- 22-Keskin G. Ve Babacan Gümüş A. İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 5(1):9-16, 2014.
- 23- Partovi Meran HE. Ve Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliğinin Tarihçesi. Kadın Cinsel Sağlığı Androloji Bülteni 18(64):60-64, 2016.
- 24-Keskin GŞ. İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İnvitro Fertilizasyon Embriyo Transferi Sonuçlarına Etkisi, Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- 25-Hassa H. IVF Tarihçesi. İnfertil Olgulara Klinik Yaklaşım Ve IVF Laboratuvar Uygulamaları. Ed: Hassa H. Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Osmangazi Üniversitesi Basımevi, 2003.
- 26-Artar G. Tüp Bebek Başarısızlıklarında Klinik Etmenler. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 27-Koçyiğit OT. İnfertilite ve Sosyokültürel Etkileri. İnsanbilim Dergisi. 1(1):27-38, 2012.
- 28- Çavuşoğlu İ. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- 29- Durmazoğlu G. İnfertilite Ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.
- 30-Speroff L., Fritz A. M., Çeviri Editörü: Erik A. Ve Günalp S., Klinik Jinekolojik Endokrinoloji Ve İnfertilite, 7. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 1013- 1215, 2007.

31-

http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014.T.PDF (Erişim Tarihi: 24.02.2017)

32- <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> (Erişim Tarihi: 24.02.2017)

33- Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliği, İnfertilite Hemşireliği Derneği. İstanbul, 2009.

34-<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap42.pdf> (Erişim Tarihi:28.02.2017)

35- Öcal BÇ. Ve Börekçi G. Genelev Kadınlarının Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Mersin Univ. Sağlık Bilim Dergisi. J(2); 30-36, 2008.

36-Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2012 3. Baskı. http://www.turkendokrin.org/files/file/tiroid_kilavuzu.pdf (Erişim Tarihi: 28.02.2017)

37-Bozhedomo VA., Lipatov NA., Alexeev RA. Mikrocerrahi İle Yapılan Varikosektomi Sonrası Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesinde Antisperm Antikorların Rolü. Andrology. 2: 847–855, 2014.

38- Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2013.

39- Akçay ř. Sigaranın Kadına Özel Sağlık Etkileri. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Ankara Ssuk Kongresi 2010.

40- Terzioğlu F. Yaşam Tarzının Kadın Fertilitesine Etkisi. Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Sosyal Etkinlikleri, 2009.

41- Yılmaz Çağıran F. Ve Yardımcı H. Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(1)1-6, 2015.

42-Doymaz F. Sağlıklı Kadınlarda Egzersiz İnanışının Egzersiz Davranış Değişimleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı Doktora Tezi, Ankara, 2013

- 43-Uğur SA. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal Ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, İstanbul, 2014.
- 44-Işıkcı T. Açıklanamayan İnfertilite Olgularında İvf Başarısı Önceden Predikte Edilebilir Mi?.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi .Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.
- 45- Speroff L.,Fritz MA. İnfertilite. İç: Erk A, Günalp S, Editörler; Klinik Jinekolojik Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ankara-İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri; s.1013-1274, 2007.
- 46- Aksu T. Ve Demirtaş E. Yardımcı Üreme Teknikleri içinde: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Eds: Günalp GS. Tuncer ZS. Pelikan Yayınları; s. 567-583, 2004.
- 47-Jonathen S. Berek, Çeviri Editörü: Erik A. , Demirtürk F. , Berek & Novak Jinekoloji, , İstanbul, 14. Baskı, 1185- 1259, 2011.
- 48-Baran ŞY. Polikistik Over Sendromlu İnfertil Hastalarda Ovulasyon İndüksiyonunda Metformin Ve KlomifenSitratin Karşılaştırılması. Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 49-Çevrioğlu AS. Polikistik Over Sendromunda Güncel Tanı ve Tedavi. II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi. Sayfa;7, Sakarya 2013.
- 50-Boyar Hİ. Kadın İnfertilitesi Ve Endokrinolojik Hastalıklar. Dicle Tıp Dergisi. 40(4):700-703, 2013.
- 51- Yıldız Eryılmaz H, Ekşi Z, Günüşen Ertuğrul E. İnfertilite Tanı Yöntemleri. İçinde: İnfertilite Hemşireliği. Ed: Kızılkaya Beji N. Acar Basım, İstanbul,s: 49-68
- 52-Aydın Ö. İnfertil Hastalarda Uterusun Değerlendirilmesinde Salin İnfüzyon Sonohisterografisi'nin (S.İ.S) Yeri. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları Ve Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

- 53-Selam B. Endometriyozisde Güncel Yaklaşım, Gülhane Tıp Dergisi. 4(47):318-323, 2005.
- 54-Oral E. Ve Elter B. Endometriozisin Tedavisinde Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı: İnfertilite. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Özel Dergisi. 3(3):62-73, 2010.
- 55-Türkiye Endometriozis Tanı Ve Yönetim Kılavuzu 2014 http://www.endometriozisderneği.com/sites/default/files/files/endometriozis_kilavuz_2014_final.pdf (Erişim Tarihi:20.03.2017)
- 56- Berker B. Endometriozisde Yardımcı Üreme Teknikleri ve Reprodüktif Cerrahi Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi. 2(5):22-9,
- 57-Şenyuva İ., Taner EC., Camuzcuoğlu A., Üstünay E. Ve Derin G. Histerosalpingografilerinde Tubal Faktör Saptanan 100 İnfertil Hastanın Laparoskopik Sonuçları. Nobel Medicus Dergisi. 3(3):20-23, 2007.
- 58-Dündar C. Dünyada ve Türkiyede İnfertilite Epidemiyolojisi. İçinde: Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Tedavisi. Editörler: Aşçı R, Çayan S, Erdemir F, Orhan İ, Yaman Ö, Usta MF, Kendirci M, Ekmekçiöğlü O, Kadioğlu A. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, s:177-198, 2013.
- 59-Said, T.M. Emotional Stress&Male İnfertility., The Indian Journal of Medical Research. 128(3): 228-230, 2008.
- 60- Demirci N. Ve Coşkuner Potur D. Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. F.N. Hem. Derg. 22(1): 39-45, 2014.
- 61-World Health Organization. WHO Laboratory Manual fortheExamination of Human Semen and Sperm-cervical Mucus Interaction. 4th edn. Cambridge: Cambridge UniversityPress, 1999.
- 62- Erdemir F., Fırat F. Ve Gençten Y. Sperm Morfolojisinin Değerlendirilmesi Ve Klinik Önemi. Turk Uroloji Seminerleri. 2:11-17, 201.
- 63- Orhan E. Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı Almış Çiftlerde Kaygı Ve Depresyon Belirtileri, Evlilik Uyumu Ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.

- 64- Alkan E. Ve Başar MM. Sperm Motilite Bozuklukları: Terminoloji, Etiyoloji Ve Tedavide Yenilikler. Erkek Üreme Sağlığı Dergisi. 58/186-190, 2014.
- 65- Koşar AP. Ve Özçelik N. Erkek İnfertilitesinde Genetik Değerlendirme. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 14(3):48-51, 2007.
- 66-Şamlı M. Erkek İnfertilitesinde Genetik Bilgilendirme. Androloji Bülteni 16(56): 44-51, 2014.
- 67-Özkaya M, Demirtaş A, Ekmekçioğlu O. Erkek Infertilitesinde Endokrin Değerlendirme. İçinde: Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Tedavisi. Editörler: Aşçı R, Çayan S, Erdemir F, Orhan İ, Yaman Ö, Usta MF, Kendirci M, Ekmekçioğlu O, Kadioğlu A. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, s: 227-239, 2013.
- 68-Özpak L. Ve Pazarbaşı A. Erkek İnfertilitesinin Sitogenetiği. Arşiv 20: 230, 2011.
- 69-Mutlu FM., Baştu E. Ve Öktem M. Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. Gazi Medical Journal 24: 29-32, 2013.
- 70-Adıgüzel FI., Adıgüzel C., Seyfettinoğlu S. Ve Ürünsak İF. Açıklanamayan İnfertilite Etiyolojisinde Olası Risk Faktörü Olarak Herediter Trombofilinin Yeri. Bakırköy Tıp Dergisi. 11(4):162-166, 2015.
- 71-
http://www.ezh.gov.tr:81/index.php?option=com_content&view=article&id=165&Itemid=189 (Erişim Tarihi: 02.04.2017)
- 72-Arıcı A. Yardımcı Üreme Teknikleri. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı. Görünüm Dergisi. Sayfa:2-3, Ekim 2012.
- 73-Demiral E., Şevket O., Ateş S., Demirel F., Koç S. Ve Sönmez S. İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalara Spermiogram Parametrelerinin Etkisi. Journal Of Clinical And Experimental Investigations. 4(4): 472-476, 2013.
- 74- Erdoğan S., Çögendez E., Eken M., Keyif B., Erdoğan B. Ve Kaya E. Kontrollü Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan İnfertil Hastalarda Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 7(1):1-7, 2015.

75-Alicik M. Ovulasyon İndüksiyonu Ve İntrauterin İnseminasyon Yapılan Olgularda Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne, 2010.

76-Karanisoğlu H, Yazıcı S. Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: İnfertilite Hemşireliği Ed: Kızılkaya Beji N. Acar Basım, İstanbul, s: 69-88, 2009.

77-Seibel MM. Fallop Tüpüne Gamet Transferi (GIFT). İçinde: Yardımla Üreme Teknikleri Temel Kitabı. S Çev. Editörleri İrez T, Arda O, Kaleli. 2.Baskı. Nobel Kitapevi İstanbul, s: 725-733, 2010.

78-<https://interactivepdf.uniflip.com/2/34834/306559/pub/document.pdf>

(Erişim Tarihi: 05.04.2017)

79-Ataman H. Doğal Ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

80-Görgülü Ü. Taşıyıcı Annelik -Fıkhi Bir Bakış-. İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi. 15:197-208, 2010.

81- Şentürk Erenel A., Gönenç İM., Ünal Köksal F. Ve Vural G. Teknoloji ve Kadın Sağlığı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(2):66-74, 2011.

82- http://www.tjod.org/wp-content/uploads/2012/12/etik_konular_fibo_komitesi.pdf

(Erişim Tarihi: 05.04.2017)

83-Canan A. Ve Altunrende ŞS. Ovaryan Hiperstimulasyon Sendromunun Ultrasonografik Özellikleri: Olgu Sunumu. Konuralp Tıp Dergisi 6(1):64-66, 2014.

84-Güçyetmez B. Ve Ayyıldız Çimet A. Bir Tedavi Yaklaşımının İstenmeyen Komplikasyonu: Ovaryen Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS). Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 11: 47-53, 2013.

85-Topçuoğlu S., Öztürk Yavuzcan D., Gürsoy T., Karetikin G. Ve Ovalı Hf. Otuz Dört Hafta Altı Tekil, İkiz Ve Üçüz Gebelik Sonuçlarının Karşılaştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 45(1):38-43, 2014.

86-Yılmaz SA. Ve Kerimoğlu ÖS. Yardımcı Üreme Teknikleri Gebeliklerinde Perinatal Sonuçlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 23(4):575-587, 2014.

87-Cengiz H., Yaşar L., Ekin M., Kaya C. Ve Dağdeviren H. Ektopik Gebelik: İki Yüz Yetmiş Üç Olgunun Retrospektif Analizi. Göztepe Tıp Dergisi . 28(2):61-64, 2013.

88-Demirtaş Ö., Demirtaş G., Gültekin E., Erdoğan AÖ. Ve Yeşilyurt B. Primer İnfertilite Hikayesi Olan Bir Hastada Spontan Heterotopik Gebelik: Bir Olgu Sunumu. Pamukkale Tıp Dergisi. 7(1):71-74, 2014.

89-Kavak SB., Kavak E., Kurkut B., İlhan R. Ve Başpınar M. Over Torsiyonu Tanısında Klinik, Radyolojik Ve Laboratuvar Parametrelerinin Önemi: Retrospektif Çalışma. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 6(1):20-22, 2014.

90- <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/54/docs/makale1-54.pdf> (Erişim Tarihi: 10.04.2017)

91-<http://www.muhammedbalci.com/yayinlar/raporlar/154.pdf> (ErişimTarihi:10.04.2017)

92-Yanikkerem E., Kavlak O. Ve Sevil Ü. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4):112-121, 2008.

93-Güngör İ. Ve Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Roller ve Sertifikasyon Gereksinimi. F.N. Hem. Derg. 23(2):152-159, 2015.

94-Aşçı Ö. Ve Kızılkaya Beji N. İnfertilite Danışmanlığı. F.N. Hem. Derg. 20(2): 154-159, 2012.

95-Çoşkun, A., Yılmaz, S., Yılmaz, T. İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). İnfertilite Hemşireliği. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını, Acar Basım ve Cilt San., İstanbul, s: 177-163, 2009.

96-Yılmaz G. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rollerini Ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.

97-Akyüz A. Dünyada ve Türkiye’de İnfertilite Hemşireliği’nin Güncel Durumu. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi; İnfertilite Hemşireliği Kurs Notları. Ss: 3-10, 15 Ekim 2008.

98-Beji N, Zengin M, Dinç H. İnfertilite Hemşirelerinin Değişen Rollerini ve Eğitim Gereksinimleri. Editör Kızılkaya Beji N. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını. Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş Yayın No:1, Bölüm 17, Sayfa 255–264, 2009.

99-Feyzioğlu, B. Hastane İçi ÜYTE Merkezlerinin Sorunları. 6. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi 09 Kasım, Antalya, TSRM 2014.

100-Sağlık Bakanlığı Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜT) Merkezleri Yönetmeliği. 2010. <http://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi:14.04.2017)

101-Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Yayınlandığı Resmi Gazete Tarihi: 19.04.2011 Sayı: 27910. Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?D7BF88961039CFFA6AA.9816B2EFFBC4E89617869> (Erişim Tarihi: 14.04.2017)

102-Kızılkaya Beji N. Ve Kaya D. İnfertilitede Birey-Çift Ve Grup Danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 9 (3): 10-14, 2012.

103-Hallaç S. Ve Öz F. Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 6(2):142-153, 2014.

104-Ermiş BB. Bir Sosyal Destek Kaynağı Olarak Aile.V. Aile Şurası ‘Aile Destek Hizmetleri’ Bildirileri, Ankara, 2008.

105-Gümüş H. Evli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri İle Yaşam Doyumları Ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 4(3) :150-162, 2015.

106-Güven S., Şener A. Ve Yıldırım B. Eşlerin Farklı Değişkenlere Göre Sosyal Destek Algısı. Hacettepe Dergisi, 2010.

107-Özbey S. Eşlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Ailenin Bazı Özellikleri ile İlişkisinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 13(1):167-181, 2012.

108-Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 4(1) 57-72, 2003.

109-Çapri B. Eş Tükenmişliğini Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, 2008.

110-Karlıdere T., Bozkurt A., Yetkin S., Doruk A., Sütçigil L., Nahit Özmenler K. Ve Özşahin A. Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek Ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı?. Ürk Psikiyatri Dergisi 18(4):311-322, 2007.

111-Şahin EM. Ve Altınel T. Edirne'de Yaşayan Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 30(3):864-70, 2010.

112- Ardahan M. Sosyal Destek Ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2(9): 68-75, 2006.

113-Özçelik İY., İmamoğlu O., Çekin R. Ve Başpınar SG. Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri Üzerine Sporun Etkisi. Spor Ve Performans Araştırmaları Dergisi. 6(1):12-18, 2015.

114-Doğrusever C. Ön Ergenlerin İnternet Bağımlılığının Yalnızlık, Sosyal Beceriler Ve Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2015.

115- Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 7(23), 14-18, 1989.

116-Durualp E. Ve Çiçekoğlu P. Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Yalnızlık Düzeylerinin İnternet Bağımlılığı Ve Çeşitli Değişkenler Açışından İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 15(1):29-46, 2013.

117-Koçak E. Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Saygısı Ve Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2008.

118-Seçim ÖY., Alpar Ö. Ve Algür S. Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık: Akdeniz Üniversitesinde Yapılan Ampirik Bir Araştırma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 13(48):200-215, 2014.

119-Kuyu řİ. Gençlerde Gürülen Toplumsal Kaygı Bozukluğu Ve Bulimiya Nervoza Belirtileri Üzerinde Ebeveyn Psikolojik Kontrolünün Etkisi: Yalnızlık Ve Öfke Faktörlerinin Aracı Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.

120-Petin B. Denetimli Serbestlik Kapsamında Madde Bağımlılığı İçin Tedaviye Yönlendirilen Olguların Algıladıkları Aile Desteğinin Tedaviye Etkisi Ve Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Varlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2014.

121-Köküsoy K. Endüstri Meslek Liselerinde Bir Meslek Alanına Yönelmiş Olan Öğrencilerin Mesleki Olgunluk Ve Algıladıkları Aile Desteği Düzeylerinin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

122-Akdaş G. Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Mesleki Olgunluk Düzeylerinin Ve Algıladıkları Aile Desteğinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013.

123-Korkmaz G. Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Ve Algılanan Aile Desteği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

124-Özlu A. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük Ve Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Özellikler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2007.

125- http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 20.05.2017)

126- Sömek A. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

127-Türkîş Haber Bülteni (29.04.2017) <http://www.turkis.org.tr/MART-2017-ACLİK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d1446> (Erişim Tarihi: 20.05.2017)

129-Kırço T. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

130-Kırço Çoban T. Ve Dinç A. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. International Journal of Clinical Research. 1(2):46-53, 2013.

131-Pinar G. ve Zeyneloğlu HB. Quality of Life, Anxiety and Depression in Turkish Women Prior to Receiving Assisted Reproductive Techniques. Fertil Steril. 6(1): 1-12, 2012.

132- Esmailzadeh S., Delavar MA and Aghajani MH. Assess quality of life among Iranian married women residing in rural places. Global Journal of Health Science 5(4):3-6, 2013.

133- Heredia M., Teni'as JM., Rocio R., Amparo F., Calleja MA and Valenzuela JC. Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Biology* 167:176–180, 2013.

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

135- Devran A., Doğan M. Ve Mollamahmutoğlu L. IVF Tedavisi Alan Kadın Hastaların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar. Last Updated On Sunday. 01: 51, 2007.

136- Lau, J.T.F, Wang, Q, Cheng, Y. , Kim, J.H. Infertility related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples, *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 34: 248- 267, 2008.

137-Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil U. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Ataturk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11:112-21, 2008.

138-Keskin G., Bilge A, Baykal Z., Saydam BK. İnfertilite Tedavisi Goren Kadınların Depresyon, Umutsuzluk Ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. *STED*. 21(2); 53-57, 2012.

139- Gümüşdar M. Gebelikte Evlilik Uyumu Ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.*

140-Kavlak O., Saruhan A. İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 41(4): 229 - 232, 2002.

141-Jirka J, Schuatt S, Foxal JM. Loneliness And Social Support İn Infertile Couples. JOGNN. 25(1); 55-59, 1996.

142- Gokler ME., Unsal AE., Aslantaş D. The Prevalence Of Infertility And Loneliness Among Women Aged 18-49 Years Who Are Living İn Semi-Rural Areas İn Western Turkey. Int. J. Fertil Steril. 8-(2); 155-162, 2014.

143- Kapan M. Kırsal Ve Kentsel Alanda Yaşayan Gebelerin Depresyon, Yalnızlık Ve Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Celal Bayar Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2014.

144-Akçin FG. İnfertil Çiftlerin Cinsel İşlev Bozuklukları Psikiyatrik Semptomlar, Baş Etme Düzenekleri Cinsiyet Rolü Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Uzmanlık Tezi. Ankara, 2005.

145-Hasanpoor S., Simbar M., Vedadhir M. The Emotional-Psychological Consequences Of Infertility Among Infertile Women Seeking Treatment: Results Of A Qualitative Study. Iran J Reprod Med. 12(2): 131-138, 2014.

146-Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why Do Patients Discontinue Fertility Treatment A Systematic Review Of Reasons And Predictors Of Discontinuation İn Fertility Treatment. Hum Reprod Update. 18: 652-669, 2012.

147-Benli M. İnfertil Kadınlarda Depresyon Ve Anksiyete Durumu Ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010.

148-Can G. Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Kadınların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Mezuniyet Tezi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir, 2005.

149-Bidzan M, Podolska M, Bidzan L, Smutek J. Personality Traits And The Feeling Of Loneliness Of Women Treated For Infertility. Ginekol Pol. Jul;82(7):508-13, 2011.

150-Verhaeghe S., Hecke AV. Communication Difficulties And The Experience Of Loneliness İn Patients With Cancer Dealing With Fertility Issues: A Qualitative Study. 42(1), 34-43, 2015.

151- Erdem K. İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2012.

152- Kurhan F. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi / Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016.

153-Kiriş H. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Sosyal Destek Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2004.

154-

https://havanikoru.org.tr/dosya/dokumanlar/sagligimiza_etekileri/Sigara_ve_Ruh_Sagligi.pdf (Erişim Tarihi: 25.05.2017)

10.EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu form, infertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyi ve algıladıkları aile desteğinin belirlenmesi amacıyla kişisel özelliklerinizi ve çocuk sahibi olma durumunuzla ilgili bazı soruları içermektedir. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak, durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Bilgileriniz yalnızca bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz destek için şimdiden teşekkür ederim.

ELİF ÜNER

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

1. Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()

3. Eğitim Durumunuz :

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Diğer ()

4. Mesleğiniz :

İşçi () Memur () Ev Kadını () Serbest Meslek () Emekli ()

5. Çalışıyor Musunuz : Evet () Hayır ()

6.Çalışıyorsanız İşyerinizden Tedavi İçin İzin Almakta Güçlük Çekiyor Musunuz:

Evet () Hayır ()

7. Sosyal Güvenceniz : Var (Tedavi masraflarını karşılıyor) ()

Var (Tedavi masraflarını kısmen karşılıyor) ()

Yok ()

8. Gelir Durumunuz : Kötü () Orta() İyi()

9. Aile Tipiniz : Çekirdek Aile () Geniş Aile ()

10. Sigara: Kullanıyorum () Bıraktım ... Ay Yıl Önce () Kullanmıyorum ()

Alkol: Kullanıyorum () Bıraktım ... Ay Yıl Önce () Kullanmıyorum ()

11. Kaç Yıldır Evlisiniz :

12. Ne Kadar Süredir Çocuk Sahibi Olmak İstiyorsunuz :

13. Daha Önce Hiç Gebe Kalmış Mıydınız: Evet () Hayır ()

14.İnfertilite Nedeniniz : Benden Kaynaklanıyor () Eşimden Kaynaklanıyor ()

Her İkimizden Kaynaklanıyor () Nedeni Belli Değil ()

15. Daha Önce İnfertilite Tedavisi Gördünüz Mü : Evet () Hayır () (Cevabınız Hayır İse 17. Soruya Geçiniz.)

16.

Tedaviler		Sayısı	Yılı	Süresi
Aşılama	Evet Hayır			
Tüp Bebek	Evet Hayır			

17. Çocuk Sahibi Olmak Sizin İçin Ne İfade Ediyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Hayatımın Anlamı, Mutlu Olma ()

Eşimin Mutlu Olması ()

Ailelerimizin Mutlu Olması ()

Annelik / Babalık Duygusunu Yaşamak ()

Toplum İçinde Rahat Olmak ()

Diğer(Açıklayınız)

18. İnfertilitenin Hayatınız Üzerindeki Etkileri Neler Oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Bu Durumu Bir Olumsuzluk Olarak Düşünmüyorum ()

Sosyal Yaşantımı Olumsuz Etkiledi ()

Psikolojimi Olumsuz Etkilediğini Düşünüyorum ()

EK 2: YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben durumu HİÇ Yaşamadım	Ben durumu NADİREN Yaşarım	Ben durumu BAZAN Yaşarım	Ben durumu SIK Yaşarım	SIK
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4	
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4	
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4	
4. Kendimi tek başınaymışım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4	
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4	
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4	
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.	1	2	3	4	
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4	
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4	
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4	
12. Sosyal ilişkilerim.	1	2	3	4	
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4	
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4	
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4	
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4	
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4	
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1	2	3	4	
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	

EK-3 : ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ (PSS – Fa)

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini (X) şeklinde işaretleyin.

1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.

Evet	Hayır	Kısmen

2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.

Evet	Hayır	Kısmen

3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.

Evet	Hayır	Kısmen

4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.

Evet	Hayır	Kısmen

5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.

Evet	Hayır	Kısmen

6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.

Evet	Hayır	Kısmen

7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.

Evet	Hayır	Kısmen

8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.

Evet	Hayır	Kısmen

9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.

Evet	Hayır	Kısmen

10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.

Evet	Hayır	Kısmen

11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.

Evet	Hayır	Kısmen

12- Ailemdaki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.

Evet	Hayır	Kısmen

13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.

Evet	Hayır	Kısmen

14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşıyorum.

Evet	Hayır	Kısmen

15- Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.

Evet	Hayır	Kısmen

16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.

Evet	Hayır	Kısmen

17- Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.

Evet	Hayır	Kısmen

18- Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.

Evet	Hayır	Kısmen

19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.

Evet	Hayır	Kısmen

20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.

Evet	Hayır	Kısmen

EK-4 Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.3525
Konu : Elif ÜNER
Anket Çalışması

09/02/2017

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif ÜNER'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Yalnızlık Düzeyi ve Algıladıkları Aile Desteğinin Belirlenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin, Tüp Bebek Merkezinde yapmaları hususunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür

EK:
Etik Kurulu Kararı

HHM için uygundur.

Meryem: AAANFI
Medipol Üniversitesi Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri Uzmanı Yard.



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ tarafından 09.02.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 2F40038EX4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11- ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9288
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

Sayın Elif Üner

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Yalnızlık Düzeyi ve Algıladıkları Aile Desteğinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden FF31B67EX7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)






İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınlarm Yalnızlık Düzeyi ve Algıladıkları Aile Desteğinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Elif Üner			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 343	Tarih: 22/06/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Elif
Soyadı	Üner
E-mail	euner@medipol.edu.tr

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lise	Bayrampaşa Rifat Canayakın Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
İşyeri Hemşiresi	İstanbul Medipol Üniversitesi	02.2017- Devam ediyor

Yabancı diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
SPSS	İyi