

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFERİLİTENİN BİREYİN YAŞAM KALİTESİNE
VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nebahat KOCA ÇAVDAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN

MAYIS 2017

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFERİLİTENİN BİREYİN YAŞAM KALİTESİNE
VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Nebahat KOCA ÇAVDAR
(151105230)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN

MAYIS 2017

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nebahat KOCA ÇAVDAR

TEŐEKKÜR

Tezimin her aŐamasındaki sınırsız desteği, emeği ve bana olan inancının yanında, hayatımda ufuk açıcı, yol gösterici olan tez danıŐmanım Anayit M. COŞKUN'a, Hayallerime ulaŐmam için yaŐamım boyunca desteklerini esirgemeyen, her zaman sevgiyle, sabırla, güvenle yanımda olduklarını bildiğim, canım annem Narin KOCA'ya ve babam Ramazan KOCA'ya, Tez çalışmam boyunca desteği, anlayıŐı ve sabrıyla hep yanımda olan sevgili eşim Mustafa ÇAVDAR'a, Varlıklarıyla hayatımı renklendiren kardeŐlerime ve ailemdeki tüm değerli insanlara, çalışmam boyunca bilgi ve tecrübeleri ile yardımcı olan hocalarıma, çalıŐmamı gerçekleŐtirdięim T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarına, çalıŐmama katılan tüm infertil bireylere sonsuz teŐekkürler...

Nebahat KOCA ÇAVDAR

İNFERİLİTENİN BİREYİN YAŞAM KALİTESİNE VE BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

ÖZET

Çalışma infertilitenin, bireylerin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek ve dolayısıyla infertil bireylere bakım ve danışmanlık verecek olan hemşireye yol gösterici olmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı özellikte olan çalışmanın örneklemini, T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı Tüp Bebek Ünitesi'ne 26.07.2016 – 26.01.2017 tarihleri arasında tedavi amacıyla gelen, çalışmaya katılmaya gönüllü, güç analizi ile belirlenen sayıda bireyler oluşturmuştur. Çalışmaya, belirtilen kriterlere uygun ve tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen, infertilite tanısı konmuş 150 birey (100 kadın-50 erkek) katılmıştır. Araştırma T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurul onayını takiben, kurum izni ve katılımcılardan ayrı ayrı yazılı onam alınarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve FertiQol (Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği) kullanılmıştır. Veriler ünite içinde özel bir odada karşılıklı görüşme yöntemi ile her bir bireyden ayrı ayrı elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 22 (Statistical Program For Social Sciences) paket programı kapsamında, bağımsız örneklem t-testi, ANOVA (Analyze Of Variance) testleri ve Pearson Korelasyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile belirlenmiştir. Skewness-Kurtosis değerleri incelendiğinde, Tabashnik kriterlerine göre verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Katılımcıların %50'sinin 26-30 yaş aralığında, %38'inin üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu, %69,3'ünün hayatlarının en uzun dönemini şehirde geçirdiği ve %40'ının Marmara Bölgesinde yaşadığı saptandı. İnfertil bireylerin %65,3'ünün

herhangi bir işte çalıştığı, %72,7'sinde gelirin gidere eşit olduğu, %45,3'ünde evlenme şeklinin görücü usulü ile isteyerek olduğu ve %81'inin çekirdek aile biçiminde yaşadığı bulguları. Bireylerin %65,3'ünün primer infertil olduğu, %40,7'sinin 2 yıldan kısa bir süredir çocuk sahibi olmak istediği ve %72'sinin 1 yıldan daha kısa süredir infertilite tedavisi gördüğü saptandı. Katılımcıların %41,3'ü çocuk sahibi olamama nedeninin kadına ait olduğu düşüncesinde idi. Ayrıca bireylerin %38'ine göre infertilitenin “Çok üzücü” bir deneyim olarak algılandığı görüldü. Katılımcılarda RBSÖ puan ortalaması, 23,31±6,93 olup, kadınlarda 23,05±6,95 puan, erkeklerde ise 23,84±4,38 puan olarak bulguları. İnfertil bireylerin FertiQol puan ortalaması 76,63±6,86 olup, kadınlarda bu değer 75,45±6,16 iken, erkeklerde ise 78,89±4,86 olarak hesaplandı. Ölçek puanlarıyla cinsiyetler karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak RBSÖ puan ortalamaları ile anlamlı, FertiQol puan ortalamaları ile ileri düzey anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p=0,049$, $p<0,001$). Araştırmamızda, FertiQol alt boyutları olan; Çekirdek FertiQol ve Tedavi Modülü puan ortalamaları açısından da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulguları (sırasıyla $p=0,032$, $p=0,015$). Çalışmamızda, infertil kadınların infertil erkeklere kıyasla, hem yaşam kalitelerinin hem de benlik saygısı algılarının daha düşük olduğu belirlendi. Çalışmada infertil bireylerin FertiQol puan ortalamaları ile eğitim durumu ($p<0,001$), en uzun süre yaşanan yerleşim yeri ($p=0,029$), infertilite türü (primer-sekonder) ($p=0,049$), çocuk isteme yılı ($p=0,006$), infertiliteden etkilenme durumu ($p=0,018$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Katılımcıların RBSÖ puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadıkları bölge ($p<0,001$), çalışma durumu ($p=0,009$), aile tipi ($p=0,021$), infertilite türü (primer-sekonder) ($p=0,046$), infertiliteden etkilenme durumu ($p=0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. İnfertil bireylerde eğitim düzeyi arttıkça ve çocuk isteme yılı azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı bulguları. Bunun yanı sıra çalışan bireylerde ve çekirdek aile tipine sahip

kişilerde benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlendi. Kadınlarda çekirdek aile tipinin, hem benlik saygısını hem de yaşam kalitesini artırdığı saptandı. Kadınlarda dikkat çeken bir diğer veri ise, görücü usulü ile istemeden evlenen kadınların, diğer kadınlara göre benlik saygısının daha düşük olması idi. Çalışmamız sonucunda bireylerin, sosyo-demografik ile obstetrik ve infertilite özelliklerinin yaşam kalitelerinde ve benlik saygısı algılarında etkili olduğu belirlendi. İnfertil bireylere bakım ve danışmanlık verecek olan infertilite hemşiresinin, bireylere yaklaşımında bireylerin bu özelliklerini göz önünde bulundurmaları gerekli ve önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İnfertil birey, Benlik Saygısı, Yaşam kalitesi

THE EFFECTS OF INFERTILITY ON THE INDIVIDUAL LIFE QUALITY AND SELF ESTEEM

SUMMARY

The study was conducted in order to determine the effect of infertility on the quality of life and self-esteem of individuals and therefore to guide the nurse who will provide care and counseling for infertile individuals. Samples of the study that has a descriptive feature comprised of T.C. Bezmialem The volunteer who participated in the study for the purpose of treatment between 26.07.2016-26.01.2017 in the IVF Unit in Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine has developed a number of individuals determined by power analysis. One hundred and fifty individuals (100 female - 50 male) who were diagnosed with infertility were selected by the random sampling method in accordance with the specified criteria participated in the study. Study is realized by written consents of T.C. Bezmialem University Ethics Committee, Foundation and participants separately. The data were collected using the Data Form prepared by the researcher, the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg Self-Esteem Scale) and the FertiQol (Quality of Life Scale for Persons with Fertility Problems). Data were obtained separately from each individual by a face-to-face interview in a private room in the unit. The data obtained from the study were analyzed by independent sample t-test, ANOVA (Analyze of Variance) tests and pearson correlation analysis in the SPSS 22 (Statistical Program For Social Sciences). Convenience of data to normal distribution is determined by Shapiro-Wilk test. When Skewness-Kurtosis values are investigated, it is determined that data show normal distribution according to Tabachnik criteria. It was determined that 50% of the participants were in the age range of 26-30 years, 38% of them had university or higher education level, 69,3% of them had the longest period of their lives in the city and 40% of them live in Marmara Region. It was

found that 65,3% of infertile individuals worked in any job, 72,7% had equal income, 45,3% had a willingness to prearranged marriage and 81% were living in the form of a nuclear family. 65,3% of infertile individuals were primary infertility, 40,7% wanted to have a child less than 2 years old and 72% had infertility treatment, which lasted less than 1 year. 41,3% of participants did not have children arises from the woman. In addition, infertility was perceived as a "Very sad" experience by 38% of the individuals. The RSES mean is $23,31\pm 6,93$, in women mean is $23,05\pm 6,95$, in men mean is discovered as $23,84\pm 4,38$ points. The mean FertiQol score of infertile individuals was $76,63\pm 6,86$, which was $75,45\pm 6,16$ for women and $78,89\pm 4,86$ for men. When the genders were compared with scale point, statistically significant relationship were found between RSES score averages and FertiQol point averages ($p=0,049$, $p<0,001$, respectively). In our study, in terms of Nuclear FertiQol and Treatment Module scores which subcategories of FertiQol there is significant difference was found between genders statistically ($p=0,032$, $p=0,015$, respectively). In our study, infertile women were found to have lower perceived quality of life and self-esteem than infertile males. In this study, the education level ($p<0,001$), the longest resident place ($p=0,029$), the infertile type (primer-secondary) ($p=0,049$), the year of the child's request ($p=0,006$), education level effect with the average of the FertiQol points of the infertile subjects ($p=0,018$) were statistically significant. Average RSES points of participants with the longest resident place ($p<0,001$), working status ($p=0,009$), family type ($p=0,021$), infertility type (primer-secrend) ($p=0,046$), infertile affect status ($p=0,005$) were statistically significant. The level of education in infertile individuals increased and the quality of life increased as the years of child demand diminished. In addition, it has been found that the self-esteem is higher in working individuals and in people with a nuclear family type. It has been determined that the nuclear family type in females is increasing both self-esteem and quality of life. Another remarkable data in females was that women who married unintentionally means had lower self-esteem than other women. As a result of our study, it was determined that socio-demographic, obstetric and infertility characteristics of individuals were influential in their quality of life and self-esteem.

It is necessary and important for the nursing of the infertile individuals, who will provide care and counseling, to take these characteristics into account in the approach of the individual.

Keywords: Infertile individual, Self-esteem, Quality of life

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK	
BEYAN	
İÇİNDEKİLER	
KISALTMALAR	
TABLO LİSTESİ	
ŞEKİL LİSTESİ	
ÖZET	
SUMMARY	
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 İnfertilitenin Tanımı.....	6
2.2 İnfertiliteye Tarihsel Bakış.....	7
2.3 İnfertilitenin Nedenleri.....	10
2.3.1 Kadına ait infertilite nedenleri.....	11
2.3.2 Erkeğe ait infertilite nedenleri.....	12
2.3.3 Nedeni açıklanamayan infertilite.....	13
2.4 İnfertilite Görünme Sıklığı.....	14
2.5 İnfertilitenin Psiko- Sosyal ve Kültürel Boyutu.....	15
2.5.1 İnfertilitede psikolojik durum	17
2.5.2 Toplumsal kültür ve infertilite.....	21
2.5.3 İnfertilite ve cinsellik.....	26

2.5.4	İnfertil bireylerde yaşam kalitesi.....	30
2.5.5	İnfertil bireylerde benlik saygısı.....	33
2.5.6	İnfertilitede cinsiyet farklılığı.....	37
2.6	İnfertil Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı.....	40
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1	Araştırmanın Tipi ve Zamanı.....	50
3.2	Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	50
3.3	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	50
3.4	Veri Toplama Araçları.....	51
3.4.1	Bilgi formu.....	51
3.4.2	Rosenberg benlik saygısı ölçeği.....	51
3.4.3	FertiQol international.....	52
3.5	Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol.....	54
3.6	Araştırmanın Etik Boyutu.....	54
3.7	Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
3.8	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	55
3.9	Araştırmada Yaşanan Güçlükler.....	55
4.	BULGULAR.....	57
4.1	Katılımcıların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular.....	57
4.2	Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol ölçeklerinden aldıkları puanlar ve bu puanlarla tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular.....	64
4.3	Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol ölçeklerinden aldıkları puanlarla obstetrik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular.....	77
4.4	RBSÖ ve FertiQol ölçekleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular.....	87
5.	TARTIŞMA.....	88
5.1	Katılımcıların Sosyo-Demografik ile Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerinin Tartışılması.....	88

5.2 Katılımcıların RBSÖ Puanlarına Ait Verilerin Tartışılması.....	93
5.3 Katılımcıların FertiQol Puanlarına Ait Verilerin Tartışılması.....	98
5.4RBSÖ ve FertiQol Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması.....	103

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....105

KAYNAKLAR EKLER

Ek A: Etik Kurul Onay Formu

Ek B: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek C: Bireyin Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme - Bilgi Formu

Ek D: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Ek E: İnfertil Bireyin Yaşam Kalitesi Ölçeği - FertiQol

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FertiQol	: Fertility Quality of Life (Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)
GRCDÖ	: Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TDSÖYKÖ-KF	: Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği– Kısa Formu
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
ICSI	: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	: İntrauterin İnseminasyon
IVF-ET	: İn Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 : İnfertil Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	57
Tablo 4.2 : İnfertil Bireylerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	61
Tablo 4.3 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamaları ve Cinsiyetler Arası İlişki.....	64
Tablo 4.4 : İnfertil Bireylerin FertiQol Alt Boyut Puanlarının Cinsiyetler Arasındaki İlişkisi.....	65
Tablo 4.5 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.....	68
Tablo 4.6 : İnfertil Kadınların RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.....	72
Tablo 4.7 : İnfertil Erkeklerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.....	74
Tablo 4.8 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırması.....	77
Tablo 4.9 : İnfertil Kadınların RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırması.....	80
Tablo 4.10 : İnfertil Erkeklerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırması.....	84
Tablo 4.11 : RBSÖ ve FertiQol Ölçeği Arasındaki İlişki.....	87

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.1 :	İnfertil Bireylerin Yaşa Göre Dağılımı.....	58
Şekil 4.2 :	İnfertil Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Şekil 4.3:	İnfertil Bireylerin Aile Tipine Göre Dağılımı.....	60
Şekil 4.4 :	İnfertil Bireylerin İnfertilite Türüne Göre Dağılımı.....	62
Şekil 4.5 :	İnfertil Bireylerin Çocuk İsteme Yılına Göre Dağılımı.....	62
Şekil 4.6 :	İnfertil Bireylerin İnfertilite Tedavi Süresine Göre Dağılımı.....	63
Şekil 4.7 :	İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	64
Şekil 4.8 :	Çekirdek FertiQol Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı..	66
Şekil 4.9:	Tedavi Modülü Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	67

1. GİRİŞ AMAÇ

İnfertilite, çiftlerin herhangi bir koruma yöntemi kullanmaksızın bir yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamaması durumudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infertiliteyi, sosyal bir hastalık olarak bildirmektedir. [1]

DSÖ ye göre üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreci ile ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumudur. Buna bağlı olarak infertilite, araştırılması ve tedavi edilmesi dikkate değer bir hastalık süreci olarak kabul edilmektedir. [1]

İnsanın temel içgüdülerinden biri, üreme ve neslini devam ettirme içgüdüsüdür. Bunun karşılanmadığı durumlar, yani bireyin çocuk sahibi olma isteğinin gerçekleşmemesi, bir başka deyişle doğurganlığın kanıtlanamamış olması strese neden olur. Çünkü bazı kültürlerde toplumsal öğretiler özellikle kadınların doğurganlığı, cinsel kimlik, benlik algısı ve beden imajlarının merkezine yerleştirmelerine neden olabilmektedir. Bunun sonucu ebeveynlik rolünü yerine getiremeyen kişi, kendini erişkin kimliği kazanmış olarak görememektedir. Bunun yanı sıra infertilitenin stres yaratıcı etkisi, sosyal, parental ve kültürel baskılardan kaynaklanıyor gibi görünse de esas sebep infertil çiftlerin çocuk sahibi olmaya yüklediği anlamdır. Türkiye’de olduğu gibi kadın ve anne sözcüklerinin eş anlamlı kullanılabildiği kültürlerde, çocuksuzluk önemli bir statü kaybı olarak algılanmakta ve çocuksuz olmanın yükü en fazla da kadının omzuna yüklenmektedir. Özellikle kırsal kesimlerde kadınlarımız, toplumdan dışlanabilmekte ve hatta eşlerinin başka bir kadınla (kuma) evlenerek çocuk sahibi olmasına katlanmak zorunda bırakılabilmektedir. Benzer toplumlarda da durum farklı olmamaktadır. [2]

Sanayileşme, insan yaşamını olumlu ve olumsuz birçok yönüyle etkilemiştir. Yaşam koşullarının değişmesiyle birlikte gelişen olumsuz durumlardan biri de infertilite olgusundaki artıştır. Özellikle evlenme yaşının ertelenmesi, obezite, elektromanyetik dalgalar, hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdalar, stres, sigara, alkol kullanımı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, bu artışın nedenleri arasında sayılmaktadır. [3] İnfertilite görülme sıklığının üreme

çağındaki çiftler arasında yaklaşık %10 – 15 olduğu ve her altı ya da yedi çiftten birinin infertilite sorunu yaşadığı bildirilmektedir. Yaklaşık dünyada 80 milyondan fazla kişi infertiliteden etkilenmektedir. [4] İnfertilite olgularının sayıca artmasının yanı sıra bilim ve teknolojideki gelişmeler, infertilite tedavi ve yaklaşımında da yenilikler getirmiş ve pek çok infertil çiftte çocuk sahibi olma imkanı sağlamıştır.

Bireyde saptanan yetersizlik duygusu, ne yazık ki sadece doğurganlık ile sınırlı kalmamakta birey kendini iyi bir eş olmamakla suçlamakta ve bu durumu, çekicilikte yetersizlik, erkeklik veya kadınlığın kaybı olarak algılamaktadır. İnfertilite, özellikle kadınlarda, utanç, suçluluk, yetersizlik, değersizlik, anormallik, kusur, güçsüzlük gibi stigmaların eşlik ettiği bir durum olarak görüldüğü belirtilmektedir. İnfertilite sebebi kim olursa olsun kadının kendini daha çok suçlu hissettiği yönünde bulgular elde edilmiştir. İnfertil çifti, bir taraftan yetersizlik hisleri ve suçluluk duygusu yıpratırken, diğer taraftan da çevrenin '*ne zaman çocuk yapmayı düşünüyorsunuz?*' gibi meraklı soruları psikolojik yönden baskı altında bırakmaktadır. Bu durum özellikle de geleneksel kültürlerde daha fazla yaşanmaktadır. Bunun sonucu evlilik üzerinden zaman geçmesine rağmen çocuk sahibi olamayan çift, kendini çevreye karşı sorumlu hissetmekte ve bu durum eşlerin, haksız yere birbirlerini suçlamalarına neden olmaktadır. İnfertilitenin neden olduğu bu psikolojik etki, cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama, kontrol kaybı, psikolojik eksiklik, kendini kadın toplumu dışında hissetme, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik saygısında azalma gibi çok çeşitli olumsuz algılar biçiminde olabilmektedir. Çocuksuzluğun erkek yönünden psikolojik anlamı ise doğurtamama, psikolojik eksiklik, yalnız kalma, iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlayamama, sosyal rol eksikliği ve sosyal güvence eksikliği şeklinde olmaktadır. [5]

Çiftler infertil tanısı konulup tedaviye başladıktan sonra da stres yaşamalarına neden olan birçok durumla karşı karşıya kalabilmektedir. Çift, tedavi ne kadar sürecek, tedavide başarıya ulaşılabilecek mi, kendileriyle beraber çevrenin artan beklenti ve umutları gerçekleştirebilecek mi, tedavinin maliyeti ve bütçelerine etkisi ne olacak gibi birçok sorunun yanıtını ararken anksiyete

yaşayabilmektedir. Bunun yanı sıra literatürde infertil çiftin, yorucu ve yıpratıcı tanı yöntemlerinden, hastane ortamında bulunmaktan dolayı kaygı düzeylerinin artabileceği belirtilmektedir. [6]

Kadın ve erkeğin infertilite sürecine yaklaşımı da farklı olabilmektedir. Her iki cinste duygu dışavurumu açısından belirgin farklar vardır. Kadınlar duygularını daha kolay ifade ederken, erkekler daha zor ifade etmeleri dışında pek fazla sorun yokmuş gibi davranma eğilimi göstermektedirler. [7, <http://www.cetad.org.tr/news.aspx?detail=70>]

Evlilik yaşamında önemli kavramlardan biride cinsellik ve cinsel ilişkililerdir. Çiftin cinsel yaşamındaki olumsuzluk, aile ilişkilerini de etkilemekte ve yine yaşamdan haz almama, genel memnuniyetsizlik gibi durumlara neden olabilmektedir. Özellikle menstrual siklusun fertil dönemlerinde cinsel ilişkide bulunma gerekliliği, yani cinsel ilişkiye bir amaç yüklemek, ilişkinin doğallığını kaybedip bir ev ödevi olarak yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durum da cinsel ilişkiden memnuniyetsizliği artırmaktadır. [7,8]

İnfertilitenin neden olduğu problemlerin aşılmasında, infertil çiftin aile yapısı ve sosyal çevresinin rolü büyüktür. Sosyal çevre, çiftin yaşadıkları evden, finansal durumları, hukuki statüsü, çalışma şartları, çevreleriyle ilişkilerine kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alındığında sosyal destek yetersizliği problemlerin ortaya çıkışını kolaylaştıracaktır. [9]

İnfertil çiftin karşılaştığı sorunlarla baş etmesinde sağlık ekibine ve özelliklede kadın sağlığı hemşiresi ve infertilite hemşiresine çok büyük görev düşmektedir. Hemşirenin mesleki bilgi ve beceri ile sağlıklı insan ilişkileri yönünden donanımlı olması gerekmektedir. [10] Hemşirelerin, bireysel farklılık gösteren her bir çifti anlama, duygusal gereksinimlerini değerlendirme, süreç hakkında bilgilendirme, tedavilerine katılımlarını destekleme, tedavi kararlarında danışmanlık verme, sağaltım sürecine katılma ve tedavi başarısızlığı durumunda yapılabilecek seçenekleri tartışarak destek verme gibi çok çeşitli görev ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle infertil çiftlere bakım verecek olan hemşirenin, konusunda uzman ve deneyimli, etkili iletişim becerilerine sahip, kriz yönetimini bilen, eğitim, danışmanlık ve iletişim becerilerine sahip olması gerekmektedir. İnfertil hastaların

durumlarına ilişkin bireysel deneyimlerinin çok fazla olduğu akılda tutulmalıdır. İnfertilite tedavi sürecinde oluşacak başarısızlıklardan eşlerin kendilerini ya da birbirlerini suçlamalarının engellenmesi bilgilendirme yoluyla sağlanabilir. Umudu canlı tutmak için destek vermek ve başarının belli bir çaba ve sabır sonucunda oluşabileceğini, hatta infertil olmayan çiftlerin dahi her istendiğinde döllenme sağlayamayacaklarını sıkça hatırlatmak yararlı olacaktır. [9]

Hemşirelerin, eşlerin cinsel yaşamlarını “bebek yapıcı cinsel ilişki seansı” biçimine dönüştürerek kendilerini suçlu hissetmelerine engel olmak için bu süreci, tedavilerinin sadece bir parçası olarak kabul etmeleri konusunda yardımcı olmaları gerekmektedir. Eşler arasındaki ilişkinin korunabilmesi ve cinsel birlikteliklerini anlamlandırmaları için hemşirenin çifte cinsel danışmanlık vermesi ve ovülasyon dönemi dışında da cinsel ilişkiye girmeleri konusunda cesaretlendirmesi uygun olacaktır. [11]

Kısacası kadın sağlığı hemşiresi ve infertilite hemşiresi, infertilitenin psikiyatrik, psikolojik, sosyal, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir kriz olduğunun farkında olup, infertil çiftlere multidisipliner bir yaklaşım gerektiğinin bilincinde olmalıdır. [7]

Özetle infertilite çiftlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, benlik saygılarını ve beden imgesini önemli ölçüde etkileyen hatta çoğu çift için yaşamın diğer önemli yönlerini göremeyecek derecede günlük yaşamın odak noktası haline getiren bir sağlık sorunu olarak görülmektedir.

Bu araştırma, infertilitenin çiftlerin yaşam kalitesi, duygusal durumları ve benlik saygıları üzerine etkisini belirlemek ve dolayısıyla infertil çiftlere bakım ve danışmanlık verecek olan hemşireye yol gösterici olmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

1. İnfertil bireylerin cinsiyetleri, RBSÖ puan ortalamasını etkiler mi?
2. İnfertil bireylerin cinsiyetleri, FertiQol ölçeği puan ortalamasını etkiler mi?
3. İnfertil bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?
4. İnfertil bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?
5. İnfertil bireylerin obstetrik özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?
6. İnfertil bireylerin obstetrik özelliklerine göre FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?
7. İnfertil bireylerde RBSÖ puan ortalamaları ile FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1 İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite en basit ifadeyle bir yıl boyunca düzenli ilişkiye (haftada 3 -4 kez) girilmesine rağmen gebe kalamama durumudur. [12-14]

DSÖ ne göre İnfertilite, çiftlerin herhangi bir koruma yöntemi kullanmaksızın bir yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamaması durumudur. [1]

Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite, daha önce canlı doğumla sonuçlanmış veya sonuçlanmasın en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak adlandırılır. [4,12]

Çiftlerin fertilitate yeteneği açısından, normalde, gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmadığında; ilk bir ay içinde %20, üç ayda %50, dokuz ayda % 75 ve bir yılın sonunda % 90 oranında gebelik oluşması beklenir. [10]

İnfertilite tanısında kullanılan bir yıllık süre, çiftlere göre değişiklik gösterebilir. Örneğin infertil bireyde üremeyi etkileyen bir sorun varsa bir yıl beklemeden gerekli işlemlere hemen başlanabilir. 35 yaş üzerindeki kadınlarda ise 6 aylık korunmasız cinsel ilişki sonrasında gebelik oluşmadığında da tanı ve tedavi sürecine hemen başlanabilir. Genç çiftlerde ise infertilite değerlendirmesine başlamak için bilinen bir neden yoksa iki yıla kadar beklenebilmektedir. [2]

Çiftler genellikle gebe kalmaya çalışana kadar infertiliteden habersizdirler ve çoğunlukla da bu konuda tedbir almazlar. Çok çeşitli faktöre bağlı olarak artan infertilite, bireylerde ve evlilik ilişkilerinde yarattığı duygusal sorunlar nedeniyle medikal bir durumdan çok bireysel ve eş ilişkilerini de içine alan bir kriz olarak görülmektedir. [15]

İnfertil olma durumu çocuk sahibi olmak isteyen çiftler için stresli bir olay olup, psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam durumudur. [16, 17] Çocuk sahibi olamayan çiftlerde kadınlar erkeklere göre daha fazla suçluluk, stres ve

sorumluluk hissetmektedirler. Bunun sebebinin, infertilite kaynağı kendisi olmasa bile, tedavide kadın bedeni kullanılması olduğu düşünülmektedir. [15]

2.2 İnfertiliteye Tarihsel Bakış

İnsanlığın varoluşundan itibaren doğurganlığın, üremenin, önemini hep koruduğu düşünülmektedir. Bu nedenle kadın sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar, gebelik hastalıkları ve doğum üzerine yoğunlaşmıştır. Partovi Meran ve Kızılkaya Beji 2016 yılındaki çalışmalarında, Lunenfeld ve Elder'in 2007 yılı çalışmasından aktardıklarına göre, yapılan arkeolojik çalışmalarda Antik döneme ait fertilitate ile ilgili sembollerin olduğu ve üremenin erkek varlığı ile ifadelendirildiği görülmektedir. [18]

İnfertilitenin tarihçesi de çok eski zamanlara dayanmaktadır. İlk defa Mısır papirüslerinde infertiliteden bahsedildiği görülmüştür. Bu kaynaklarda, infertil kadının gebe kalabilmesi için bir boğayla sembolik olarak cinsel ilişkiye girmesi gerektiğinden bahsedilmektedir. [15]

Antik çağlarda Yahudiler'de ise; çocuk, Tanrı tarafından takdis edilen, infertilite ise, Tanrı tarafından cezalandırma ve ilahi bir lanetlenme olarak görülmüştür.[19] Dini inanışlara göre, hem fertilitenin hem infertilitenin kaynağı Tanrı olarak görülmüştür. İncil'de geçen "üretken olun ve çoğalın" gibi emirlerle birlikte doğurabilme becerisi bir ölçü olarak değerlendirilmiş; infertilite, yanlış davranışın bir cezalandırılması olarak görülmüştür. [20] Yine İncil'de Rachel ve Leah'ın hikayesi şöyle anlatılmaktadır; Rachel güzel ve çekiciyken Leah da o kadar çirkin ve itici bir kadındır; buna karşın Tanrı Leah'ı doğurganlıkla ödüllendirmiş ancak Rachel'i kıskırmıştır. Yıllarca süren umudun sonunda Rachel bir erkek çocuğu doğurmayı başardığında tanrıya "Tanrım sana şükürler olsun, beni yüzkarasından kurtardın" diye dua etmiştir. Rachel'in inancına göre, kısırlık yüzkarasıyken bu düşünce kadınlar arasında yüzyıllarca aynı kalmıştır. Günümüzün gelişmiş tıbbi bilgisine, bilgi çağına, gelişmiş sosyal ilişkilerine rağmen "infertilite" hala kadınlar için utanç verici, küçük düşürücü bir deneyim olarak kalmaktadır. [9]

Bazı eski kültürlerde erkeklere, çocukları olmadığı takdirde karılarını asma hakkı verilirken, Kraliyet İngilteresi'nde de eşlerin karılarını boşama hakları verilmiştir. Yakın zamanlarda ise Kızıldereli geleneklerine göre erkeğin kısır eşini mutfakta bir sandalyeye bağlayarak etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı olduğu belirtilmektedir. [21]

İlk kez Hipokrat, büyü ile iç içe geçmiş tıbbi tedavi anlayışını reddederek rasyonel düşünce ve muhakemeye dayalı yeni bir tıbbi sistem geliştirmiş ve infertilitenin tıbbi bir sorun olduğunu, bundan dolayı kadınların dışlanması yanlış olduğunu savunmuştur. [2] Hipokrat infertilitenin nedenine yönelik birçok kuram ve infertilite için tedavi seçenekleri geliştirmiştir. Bunlardan bir tanesinde “Rahim ağzı çok sıkı ve kapalı olduğunda orifisyum internuma kırmızı nitre, kimyon, reçine ve bal karışımı sürülerek açılabilir” görüşünü ileri sürmüştür. Aristoteles ve Platon cinsel birleşimde kadının döllenme için bir madde yaydığını belirtmişlerdir. Tüm bu gelişmelere rağmen, Eski Yunan’da infertil kadın, aşağılık bir yaratık olarak görülmeğe kurtulamamıştır. [9]

Partovi Meran ve Kızılkaya Beji’nin makalesinde Lunenfeld ve Elder çalışmasına göre, İbni-Sina kitaplarında infertilitenin kadın ya da erkek orijinli olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca infertilitenin, genital yollardaki anormallik ve psikolojik durumlardan kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. İbni-Sina da infertilitenin tanı ve tedavisinde, Mısır ve Yunan kaynaklarını temel almıştır. [18]

Sperm hücresinin 17.yüzyılın sonlarında, oositinde 1827’de tanımlanmasından sonra, 1877 yılında Avustralyalı bilim adamı Shenk tarafından ilk kez, oositin in vitro koşullarda fertilize edilmesi üzerinde çalışmalar başlatılmıştır. Beden dışında ilk fertilizasyon denemeleri 1878’de tavşan ve kobaylarla yapılmıştır. Pincus ve Enzeman 1934’de invitro tavşan yumurtalarının fertilizasyonunu başarmışlardır. 1950’lerde ratlar (deney sıçanları) üzerinde IVF denemeleri yapılmıştır. 1970’lerin başında IVF ile ilk embriyo transferi luteal fazla ilgili (luteal faz desteği yapılmadığı için) sorundan dolayı başarısız olmuştur. Bu dönemde yüzlerce siklus, fertilite ilacı kullanılmadan IVF uygulanmıştır. Hormonal destekle embriyo transferi yapıldığında da ektopik gebelikle sonuçlanmıştır. Laparoskopik aspirasyonla, 1970’lerin ortalarında oosit toplanması geliştirilmiş, invitro fertilizasyon ve zigotların veya preembriyoların transferi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. 1970–1978 yılları arasında estradiol ve LH tayinleri ve USG ile siklusun periovulatuvar döneminin izlenebilmesi ve bu sayede matür ve fertilizasyon yeteneğindeki oositlerin elde edilmesi IVF’e bağlı gebelik ve doğum şansını artırmıştır. 25 Temmuz 1978’de ise Louise Joy Brown, dünyanın ilk başarılı “tüp bebeği” İngiltere’de, Bourn Hall Kliniği’nde (Dünyanın ilk IVF kliniği) dünyaya gelmiştir. [6, 18, 22]

1981’de uluslararası katılımlı ilk IVF toplantısı İngiltere’de Bourn Hall kliniğinde yapılmıştır. 1982’de IVF yöntemiyle 100 kadında gebelik başarıyla gerçekleştirilmiştir. 1983’te kriyoprezervasyon (embriyo dondurma) işlemi yapılmış, 1984’te dondurulmuş embriyo transferi sonucu ilk bebek doğmuştur. 1985’teki ikinci IVF toplantısında transvajinal USG ile oosit toplama yöntemi tanıtılmıştır. 1988’de ise IVF ile 1000 bebek dünyaya gelmiştir. 1992’de ise “A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction” isimli ilk kitap yayımlanmıştır. [18]

YÜT (Yardımcı Üreme Teknikleri) overden oosit alımını takiben uygulanan işlemlere verilen isimdir. İn vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF-ET), dünya çapında yaygınlaşmış ve daha önceleri çocuk sahibi olmaları imkansız gibi görünen pek çok çift için çocuk sahibi olma şansı doğmuştur. Önceleri yalnızca tubal faktöre bağlı infertilite olgularında kullanılan IVF-ET kısa sürede klasik tedavilere dirençli tüm infertilite olgularında yaygın uygulama alanı bulmuştur. [13, 22- 24]

YÜT dinsel, hukuksal ve etik tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Özellikle ülkemizde yasak olan fakat bazı ülkelerde yasal olan, sperm ve oosit bağıışı bu tartışmaların başında gelmektedir. YÜT’e karşı olanların ana hattını, dinsel geleneklerin temsilcileri oluşturmaktadır. Toplumsal görüşün oluşumunda önemli bir yer tutan inanç ve kabul sistemi, dinsel geleneklerden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde karmaşıklığı engellemek amacıyla 21.08.1987 tarihinde yayınlanan ‘İn vitro fertilizasyon ve embriyo transferi merkezleri yönetmeliği’ YÜT yardımıyla bebek sahibi olabilmenin şartlarını düzenlemiştir. Bu yönetmelik, YÜT’ e ancak normal yollarla ve bilinen tedavi yöntemleri ile gebe kalamayan evli kadınlara izin vermektedir. Yönetmeliğin getirdiği diğer bir sınırlama ise, annenin yumurtalarının ancak kocanın spermeleri ile rahim dışında döllendirildikten ya da rahim dışında embriyo haline getirildikten sonra ana rahmine yerleştirilmesine imkan tanınmasıdır. [25- 27]

Ülkemizde ilk IVF-ET merkezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 23 Haziran 1988 tarihinde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu’nun başkanlığında kurulmuştur. Bu klinikte gerçekleştirilen ilk “Tüp Bebek”, 18 Nisan 1989 tarihinde, 2450 gr. ağırlığında sağlıklı bir şekilde doğan “Ece Bebek” olmuştur. [22]

Sonuç olarak infertilite sorunu asırlar öncesine dayanmasına karşın, infertilite sorununun modern yöntemlerle çözümü 1970’lerde başlamış, 1980’den sonra günümüze kadar büyük bir ivme ile devam etmektedir. [18]

2.3 İnfertilite Nedenleri

Fertiliteyi etkileyen temel faktörler erkek ve kadının yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamasıdır. Erkek ve kadın için fertilite 24-25 yaşlarda en yüksektir. Fertilite hızı kadında 30 yaşından, erkekte 40 yaşından sonra düşer. Fakat erkeğin üreme kabiliyeti ileri yaşlara kadar devam eder. [13, 28-30]

İnfertilite olgularının büyük bir kısmını sonradan gelişen sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli sebebi; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara, güvenli olmayan abortuslara ve puerperal enfeksiyonlara bağlı olarak oluşan pelvik enfeksiyonlardır.[31]

Kadınların geleneksel rollerindeki değişim, ileri yaşta evlenme ve geç yaşta çocuk isteme gibi nedenlerin yanı sıra alkol, sigara gibi madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların artması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi faktörler son yıllarda infertilite olgularında artışa sebep olmaktadır. [32]

Fertiliteyi etkileyen faktörler arasında; kadınlıkla erkeğin yaşı, ilişkinin sıklığı ve zamanı, erkekte ve kadında geçirilmiş pelvik operasyonlar, alkol ve sigara kullanımı, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve stres en etkili olanlarıdır. İnfertilitenin duygusal sebeplerinin yol açtığı sorunlar olarak, kadında tubal spazm, ovulasyonun baskılanması, vajinismus ve seminal mayinin hızla atılması gibi durumlar gösterilmektedir. Ayrıca çiftin doğurganlık bilincine sahip olmaması sonucunda ovulasyon zamanını bilmemesi ve bu nedenle cinsel birleşmenin doğurgan döneme rastlamaması da önemli bir infertilite nedeni olabileceği belirtilmektedir. [12,13, 33, 34]

İnfertilitenin nedenleri, her zaman için çok net ve kesin olamamaktadır. Çağlar boyunca, tümüyle kadından kaynaklanan bir sorun olarak değerlendirilen infertilitenin, tıp alanındaki teknolojik gelişmelerle birlikte yaklaşık %40'ının kadınlıkla ilişkili etkenlere, %40'ının erkekle ilişkili etkenlere, %20'sinin hem kadın hem de erkekle ya da açıklanamayan infertiliteye bağlı olduğu ortaya konmuştur. [9, 28, 35, 36]

2.3.1 Kadına ait infertilite nedenleri

Kadına ait İnfertilite nedenlerini 4 ana grupta incelenmektedir.

Bunlar;

- Tuba-peritoneal faktör,
- Ovulatuvar faktör,
- Uterin faktör,
- Servikal faktörlerdir [2, 5, 37]

Tuba-peritoneal Faktör: Kadına ait infertilite nedenleri içinde %25- 30' unu tubal faktörler oluşturmaktadır. Fallop tüpleri, sperm ve oosit arasında bağlantıyı sağlayan, fertilizasyonun gerçekleşmesi için vazgeçilmez bir yapıdır. Geçirilmiş cerrahi ya da pelvik yaralanmalarla oluşan travma, endometriozis, tüberküloz, genital sistem enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, tubaladezyon ve obstrüksiyon oluşturarak öncelikle spermin ilerleyişini engeller, daha sonra da ovumun tubal yolla uterusu transportunu engelleyerek infertiliteye neden olurlar. [28, 38]

Ovulatuvar Faktör: Ovulasyon normal endokrin üreme fonksiyonunun bir belirtisidir ve ovulasyon fazındaki bozukluklar kadınlardaki tüm infertilite sorunlarının %15-20'sini oluşturmaktadır. Ovulasyon fonksiyon bozuklukları, gebeliğe engel olacak şekilde ağır (anovulasyon) veya hafif (oligoovulasyon) biçimde olabilir. İnfertil çiftlerin incelenmesindeki ilk adımlardan biri ovulasyonun normalliğinin saptanması olmalıdır. [10, 14, 39]

Servikal Faktör: Kadına ait infertilite nedenlerinden, % 5-10'luk payla servikal faktör sorumlu gösterilmektedir. Servikal faktör üreme sürecindeki birçok aşamada etkin role sahiptir. Servikal mukus, ejakülattan spermleri yakalayarak diğer seminal proteinleri ayırır, anormal morfolojili spermleri filtre eder, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Bu nedenle infertilite araştırmasında sperm ve servikal mukus ilişkisinin incelenmesi son derece önemlidir. Servikal mukusta meydana gelen enfeksiyon ve immünolojik problemler, sperm

kalite ve hareketliliğini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir. [10,39]

Uterin Faktör: Uterin anomaliler infertiliteye yol açan nadir nedenler arasında yer alır ve kadın infertilitesinin % 2-5'ini oluşturmaktadırlar. İnfertilitede, uterusla ilişkin faktörler hala kesin olarak açıklanmamıştır. Uterin anomaliler, endometrial yaralanmalar ve submukoz fibroidlere rağmen gebelik oluşabileceği ve sürdürülebileceği bilinmektedir. Ancak infertilitenin en önemli faktörlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı sıklıkla uterin faktörlerle ilgili görülmektedir. Konjenital olabileceği gibi sonradan da meydana gelebilen uterin patolojiler myomlar, endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler ve müler kanal anomalileridir. [38]

2.3.2 Erkeğe ait infertilite nedenleri

Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler üç ana bölümde incelenmektedir.

Bunlar ;

- Sperm üretim bozuklukları,
- Sperm fonksiyon bozuklukları,
- Duktal sistemdeki bozukluklardır [5, 38-40]

Sperm Üretim Bozuklukları: Semen volümü 2-6 ml. dir ve bu miktarda 20 milyondan daha az sperm olması yetersiz sperm üretimini göstermektedir. Sperm üretimindeki bozukluklar primer testiküler yetmezlik (hipergonadotropik, hipogonadizm) nedeniyle oluşabilmektedir. Bu genetik nedenler arasında, kliniferter sendromu veya testislerde anatomik bozukluklar (kriptorşidizm, varikosel), enfeksiyon (kabakulak, orşidi) ve gonadotoksin belirtilmektedir. [30]

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm hareketliliği, spermin hayatta kalabilmesi ve taşınabilmesi için gereklidir. Semende bulunan spermilerin % 60'ından azında hareket sorunu söz konusu ise bu durum, spermilerin fonksiyon bozukluğuna işaret eder. Sperm fonksiyon bozuklukları, antisperm antikörler, varikosel, genital organların inflamasyonu (prostatit), sperm yapışma anormallikleri ve penetrasyon ile ilgili olabilmektedir. [14, 28, 30]

Duktal Sistem Bozuklukları: Duktal sistemdeki bozukluklar, spermin taşınması ve kadın üreme sisteminde canlı kalmasında yaşanan problemlerdir. Duktal sistemdeki obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vazdeferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis ve ejakulatuar duktus obstrüksiyonundan kaynaklanır. [12,14]

2.3.3 Nedeni açıklanamayan infertilite

Açıklanamayan infertilite, 1 yıl korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik elde edemeyen çiftlerde yapılan temel değerlendirmede (sperm analizi, ovulasyon testleri, kavite ve tubalarda patoloji olmadığını gösteren histerosalpingogram) herhangi bir patolojiye rastlanmaması olarak tanımlanmaktadır. Tüm temel infertilite testlerinin sonucunda, çiftlerin yaklaşık olarak %15’inde neden ortaya konamamaktadır. [35]

Açıklanamayan infertilitenin olası nedenleri arasında;

- İmmünolojik nedenler,
- Hafif tubal bozukluklar,
- İleri kadın yaşı,
- Endometriyozis

olabileceği düşünülmüştür.

Etyolojideki belirsizlik bu grup için en etkili tedavi yönteminin hangisi olduğu konusunda tartışmalara neden olmaktadır. Günümüzde yaygın olarak yardımcı üreme tekniklerinden, intrauterin inseminasyon (IUI), in-vitro fertilizasyon (IVF) ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak özellikle IVF ve ICSI gibi yüksek maliyetli yöntemlerin, açıklanamayan infertilite olgularında ampirik olarak uygulanmaları akılcı bir yaklaşım olarak görünmemektedir. Tedavi ile bu grupta gebelik oranlarının zamanlanmış cinsel ilişki ile %5, ovülasyon indüksiyonu sonrası IUI ile %10 ve IVF ya da ICSI ile %15-25 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu verilere bakıldığında tüm tedavi olanaklarının kullanılması sonrasında bile açıklanamayan infertilite olgularının yaklaşık %70’inde gebelik elde edilemediği görülmektedir. Bu da gebelik ürününün endometriyal kaviteye implantasyonuna ilişkin bir problemin olabileceğini düşündürmektedir. [4, 14]

Yapılan çalışma sonuçlarından hareketle açıklanamayan infertilitede en önemli rolün endometriyuma ait olduğu düşünülebilir. Ancak, günümüzde fertilizasyonu objektif olarak gösterebilecek bir test olmadığından, bu gruptaki hastalarda temel problemin

fertilizasyon sürecinden mi yoksa implantasyon sürecinden mi kaynaklandığı bilinmemektedir. [41, 42]

İnfertilite nedenleri arasında önemli bir kısmını oluşturan “nedeni bilinmeyen infertilite” in yönetiminde temel yaklaşım; nedenin izahından çok, fertilitate ihtimalini arttıran tedavi seçenekleri arasından, daha basit ve maliyeti düşük olandan, daha kapsamlı ve agresif olan seçeneklere basamak basamak geçilmesi ve tedavilerin çiftler bazında bireyselleştirilmesi olmalıdır. [43]

2.4 İnfertilitenin Görülme Sıklığı

İnfertilite, bölgeden bölgeye sıklığı ve sebepleri değişen, üreme çağındaki kadınların ortalama %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve ailesel sorunlara neden olan bir konudur. Son senelerde infertilite bir üreme sağlığı problemi olarak daha fazla ilgi görmektedir. [4, 30]

DSÖ verilerine göre; gelişen ülkelerde üreme çağındaki evli her dört kadından biri infertilidir ve tüm dünyada yaklaşık 50-80 milyon infertil çift vardır. İnfertilitenin sıklığı bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, obstetrik bakım arayan çiftlerin yaklaşık %20'sinin infertil olduğu bilinmektedir. Ayrıca genital enfeksiyonların yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde ise primer infertilite oranları düşüken, sekonder infertilitenin daha fazla olduğu bilinen bir gerçektir. [28, 34, 39]

Uluslararası infertilite prevalansını değerlendiren bir çalışmada prevalansın tahmini olarak %9 (min:5-max:15) olduğu ve bu çiftlerin %56'sının (min:30-max:75) tedaviye başvurduğu saptanmıştır. [44]

Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40–49 yaşlarındaki çocuksuz kadınların oranı en düşük olarak Güney Kore %1,3, Ürdün %2,2 ve Suriye %2,9'dur. Özellikle Afrika'da, bazı kabilelerde ve topluluklarda daha yüksek infertilite oranları görülmektedir. Örneğin Zaire'de Mbelo'da 45–49 yaş arasındaki kadınların %65'i çocuksuzdur. Amerika'da infertilite insidansının %15 olduğu, yani sorundan her altı çiftten birinin ya da 4,8 milyon kadının etkilendiği bildirilmektedir. Türkiye'de infertilite sıklığı için çok net bilgiler bulunmamakla birlikte %10-15 dolayında olduğu tahmin edilmektedir. [12, 14, 28]

Ülkemizde yaklaşık 1,5-2 milyon çiftin infertil olduğu düşünülmektedir. İnfertilite sebepleri arasında primer infertilite nedenlerinin %55-75, sekonder infertilite nedenlerinin %25-40 olduğu bildirilmiştir. [45]

Bazı bulgular son yıllarda infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. ABD’de 20-24 yaş grubundaki kadınlarda 1965’den beri infertilite oranında yaklaşık 3kat artış bildirilmiştir. Bu durum, tanı yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olarak infertilite tanı ve nedenlerinin daha kolay saptanmış olması, potansiyel tedavi rejimlerinin çoğalması ve sigorta şirketlerinin bazı müdahaleleri kapsam dahiline almasına bağlanmaktadır. [9] Bunların dışında infertilite olgularında artışın nedenleri arasında; kadının eğitim düzeyindeki artışla birlikte çalışma yaşamında daha fazla yer alması ve evlilik- doğurganlık yaşının ileriye kayması, sigara kullanımının artması, radyasyon, kemoterapi gibi etmenler yer almaktadır. Ayrıca teknolojinin hızla gelişmesi sonucu günlük yaşamda işleri kolaylaştırmak adına beden hareketlerinde kısıtlama ve fazla kalori almaya bağlı obezitenin artması infertilite olgularını artırmaktadır. Çalışmalar, obezitenin bireylerde fertilitiyi olumsuz yönde etkilediğini, obez kadınlarda gebelik oranının daha düşük abortus oranının ise daha da yüksek olduğunu göstermektedir. [14, 46-48] Yine teknolojiyle birlikte gelişen sanayileşme, insan yaşamını kolaylaştırıyor gibi görünse de doğada ve insanda meydana getirdiği tahribat tahminlerin çok üzerindedir. Sanayileşmeyle birlikte kullanımı artan ağır metallerin, hormonal düzensizliğe neden olduğu bilinmektedir. Gebelik oluşana kadar spermin kadın üreme organlarındaki hareketi, ovumla birleşmesi ve embriyonun uterin kaviteye implantasyonu süreçlerinde birçok moleküler faktör ve mekanizmanın rol oynadığı bilinmektedir. Hayvan ve insan üzerinde yapılan çalışmalar, ağır metallerin bu sürecin herhangi bir aşamasını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. [41]

2.5 İnfertilitenin Psiko- Sosyal ve Kültürel Boyutu

Toplumun vazgeçilmez geleneksel ve sosyal bir kurumu olan ailenin, insan neslinin devamında önemli rolü vardır. Bu rol üreme ve doğurganlık işlevi ile yerine getirilir. Bu doğrultuda ailenin temel bir parçası olan çocuk da aile yaşamının sağlıklı olabilmesinde önemli bir yere sahiptir. [49]

Aile kurma, çocuk sahibi olma bütün toplumlarda kabul gören arzu edilen bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır. [17, 49]

Gelişmekte olan birçok ülkede, geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş başlamış, ancak özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplarda bu geçiş tamamlanamamıştır. Bu da yakın akrabaların, özellikle kocanın akrabalarının, otoritesini ve çiftlerin ev içi sorunlarına müdahale olasılığını arttırmaktadır. Bu tür toplumlarda çocuk sahibi olmanın evliliğin en önemli sonucu olduğu düşünülmektedir. Bunun sonucunda kadınlar, kendi ailelerinin baskılarına maruz kalabilmektedir. [50, 51]

Türk toplumu, çoğu toplumda olduğu gibi infertiliteyi bir kriz olarak dikkate almaktadır. Buna geleneksel yapıdan kaynaklı baskı da eklendiğinde sorun önemini arttırmakta ve infertilite, ciddi bir problem olarak görülmektedir. [52, 53] Bir başka deyişle toplumsal beklentiler de infertil çiftin yaşadığı yas ve kederin derinleşmesine ve sürekli olmasına neden olmaktadır. [54] Kurçer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, evli kadınlardan %42'sinin henüz evliliklerinin ilk yılını tamamlamadan bebek sahibi olmak için çözüm aramaya kalkışmaları infertilitenin bizim gibi geleneksel yanı ağır basan toplumlarda ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Buna bağlı olarak da toplumumuzda kısırlık tedavisi için geleneksel yöntemler uygulayan kişilerin önemsenecek oranda kabul gördüğü söylenebilir. Yine bu çalışma bize, geleneksel uygulamalara başvurma açısından kadınların eğitim, mesleki durum ve gelir düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmaması, modern hizmetlerin ulaşılabilirliğinin az ve pahalı olmasından çok yine sosyokültürel yapının etkili olduğunu düşündürmektedir. [55]

İnfertil bireyler için en büyük tehdit, toplumdan dışlanarak “öteki” olmaya itilmektir. Dışlama mekanizmasını işleten şey, sosyal baskıdır. Bu şekilde birey ötekileştirilmekte ve gruptan ayrı bırakılarak yalnızlaştırılmaktadır. Bu süreç, infertil bireyleri yormakta ve sonuçta mutsuzlaştırmaktadır. İnfertilite tanısının beraberinde getirdiği bu sorunlardan olumsuz yönde etkilenen ana figüran, özellikle kadınlar olmaktadır. [56]

Toplumsal kültürün infertil çiftlere yarattığı bir diğer sorun da çocuk sahibi olamama ve bazı toplumlarda erkek çocuk doğuramama kaynaklı ‘damgalanma=stigma’ durumudur. Link ve Phelan'in hipotezine göre çocuk sahibi olmak, damgalanmadan koruyan bir unsur olarak görülmektedir. Bazı infertil kadınların diğer infertil kadınlara göre neden daha çok damgalanma hissettikleri ve daha çok stres yaşadıklarını araştıran Link ve Phelan bu alanda stigmada gücün önemini vurgulayan bir teori geliştirmiştir. [57]

Bu teoriye göre;

1. Eğitim düzeyi yüksek olan infertil kadınlar, daha düşük eğitim düzeyi olanlara göre kendilerini daha az damgalanmış hissederler.
2. Kırsal (geleneksel) yaşam şekli olan infertil kadınlar, kentsel (batı) yaşam stiline sahip infertil kadınlara göre daha fazla damgalanmış hissederler.
3. Hali hazırda çocuğu ya da çocukları olan kadınlar, hiç çocuğu olmayan kadınlara göre daha az damgalanmış hissederler.
4. Daha fazla damgalanmış hisseden infertil kadınlar, aynı zamanda daha çok stres yaşarken, daha az damgalanmış hissedenler daha az stres yaşarlar.

Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da, Link ve Phelan'ın teorisini destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş ve daha yüksek eğitim düzeyi ve prestijli iş gibi saygı oluşturan niteliklerin kadınları güçlendirdiği, bu kadınların daha az damgalanma hissettikleri ve daha az stres yaşadıkları bildirilmiştir. [7] Gana gibi istenen ortalama çocuk sayısının 4 ve üzeri olan doğum yanlısı toplumlarda ve yine Hindistan gibi erkek çocuk doğurmanın önemli olduğu toplumlarda, istenilen sayı ve cinsiyette çocuk sahibi olamama damgalanmanın bir başka bir boyutunu oluşturmaktadır. [58] Sonuç olarak bireyin içinde bulunduğu toplum, onun infertiliteyi algılayış biçimini, bu duruma karşı geliştirdiği olumluya da olumsuz savunma düzeneklerini, yaşam kalitesini ve tedavi başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Buna bağlı olarak infertilitenin, biyo-psiko-sosyo-kültürel yönleriyle bir bütün olarak ele alınması gereken bir sorun olduğunu söylemek doğru olur. [7, 56]

2.5.1 İnfertilitede psikolojik durum

Çiftler, infertilite sorunuyla yüzleştiklerinde yaşamlarının en büyük kriziyle karşı karşıya kaldıklarını düşünürler. Bu durum evliliklerinin devamını sorgulamalarına sebep olabilmekte, hatta çiftlerden infertil olan birey kendini suçlayabilmekte ve eşinin başka bir eş bulabileceği konusunda endişelenebilmektedir. [59]

Bireylerin infertiliteye tepkileri, kişisel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Ortak tepkiler arasında; şok, anksiyete, yas, suçluluk, yalnızlık, depresyon, sosyal baskı hissetme, üreme fonksiyon yetersizliğine ve çocuğa ilişkin gelecek hayallerinin kaybına bağlı kayıp duygusu, benlik saygısında azalma ve intihar gibi tepkiler bulunmaktadır. [5, 11]

İnfertilite tanısıyla karşı karşıya kalan birey/çift, süreç içerisinde aşağıdaki psikososyal evrelerden geçer. [2, 60]

- İlk evre şok ve inanmama evresidir. Birey/çift infertil olduğunu ilk öğrendiğinde bu üzücü gerçek karşısında şok yaşar, inanamaz.
- Şok evresini yadsıma (inkar) evresi izler. Birey/çift her ay yaşanan düşük kırıklıklarına, gebe kalamama durumuna, yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçeler bulmaya çalışır. Çocuk sahibi olabileceklerini ispatlama çabasındadır ve infertil olduğunu inkar etmeye çalışır.
- İnfertil bireyi/çifti bekleyen bir sonraki aşama, anksiyete evresidir. Birey, eşi tarafından terk edilme endişesi duyar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde ‘yetersiz ve eksik’ olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. ‘Kısır/infertil’ tanısı, ‘benlik saygısında azalma’, ‘kadın/erkek olarak kendini yetersiz hissetme’ gibi utanma duygularının, ya da bunun tam tersine ‘erkek olma, güçlü ve kudretli olma duygusunun abartılı yaşanması’ gibi çelişkili duyguların yaşanmasına neden olur. Eşler, tıbbi yardım almaktan çekinip utanabilirler. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyeteleri artar.
- İnfertil bireyi/çifti bekleyen sonraki aşama öfke evresidir. Kişi haksızlığa uğradığını düşünür ve ‘neden biz?’ sorusuna yanıt arar. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yöneltir.
- Bireyi/çifti bekleyen bir başka evre kontrol kaybıdır. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları irdelenmektedir. Etrafta olup biten olayları hatta kendi bedeninin de kontrolünü kaybettiğini düşünür.
- Yalnızlık ve yabancılaşma evresi, ümit ve hayal kırıklıklarının arka arkaya yaşanması çifti yıpratır. Çocuğu olan diğer arkadaşlar tarafından; ‘kusurlu’ görüleceği düşüncesi ve paylaşılacak ortak yönlerin azalmış olması nedeniyle, çift önce yakın çevresinden uzaklaşır. Bu düşünce zamanla eş tarafından da anlaşılammaya dönüşür ve eşle de yabancılaşma durumu yaşanır.

- İnfertiliteyle mücadele eden bireyin/çiftin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluktur. Eşler, diğer eşin annelik/babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hisseder.
- Depresyon ve yas evresi, infertil çift için gebe kalınamayan her ay, menstruasyon ile birlikte var olan bir çocuğun kaybedilmesi gibi algılanır. Bu kayıp duygusu, beraberinde yas ve depresyonu getirir. Ölüm ya da boşanmadaki gibi gerçek bir kayıp bulunmasa da, paradoksal bir şekilde, olmamış çocuğun yası tutulur. Çünkü kaybedilen sadece çocuk değil; ideal aile olma ümidi ve mutlu bir gelecektir. Çift, zamanla hayattan zevk alamaz, bitkin bir hale gelir. Bir başka deyişle yas süreci beraberinde depresyonu getirmektedir
- Çözülme ve kabullenme evresi, çiftin artık biyolojik yollarla çocuk sahibi olamayacağını kabul etmesidir. Bu yol ayrımında çifti, çocuksuz evliliği sürdürme, boşanıp yeniden evlenme, evlat edinme gibi zor kararlar beklemektedir. [2, 11, 61,62]

Bu evreler, evrensel özellik göstermekte olup her basamakta kişinin ne kadar kalacağı, diğer basamağa geçiş yapıp yapmayacağı kişisel özellikleri, sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyi, sağlık koşulları, destek sistemleri ve evlilik ilişkisiyle ilgilidir.

Bazı çiftler bu evreleri atlatabıyıp evliliklerini sonlandırırken, evreleri atlatan ve yadsıma yerine gerçekleri kabul eden çiftler yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçebilmektedir. Örneğin; bazı çiftler eksik kalan annelik –babalık rollerini başka şekillerde doyurabilmektedir. Bir kısmı çocuksuz yaşamı seçerken, bir kısmı da evlat edinme, vericiden ovum, sperm ya da embriyo transferi veya taşıyıcı annelik seçeneklerini araştırmaktadır. Diğer bir kısmı ise; yeğenlerine iyi bir amca, dayı, teyze ya da hala olarak kendilerini ödüllendirme yoluna gitmektedirler. [11, 61]

Depresyon, sıklıkla hoş olmayan yaşam durumlarına karşı, özellikle bir kayba karşı verilen ve kriz durumunda ortaya çıkan bir tepkidir. Yukarıda belirtildiği gibi “infertilite” de, çiftler için bir yaşam krizidir ve bu çözümlenmediği zaman depresyon ve yas görülür. [63] Depresyon infertilite ile ilişkili olarak ortaya çıkan yaygın bir tepkidir. Çiftin hayallerini gerçekleştirememesi, yakın çevresindekilerin kendilerini anlamadığı duygusu ve çevrenin baskısı depresyona neden olabilmektedir. İnfertilite ve tedavi süresi uzadıkça depresyon düzeyi yükselmekte ve ciddi derecede depresyon bulguları ortaya çıkmaktadır. [11, 64]

Bireyler, çocuk sahibi olmak isteyip de olamadıkları zaman, kendi bedenlerinin kontrolünü kayb ettiklerini düşünerek güçsüzlük ve başarısızlık duyguları yaşarlar. Yetersizlik ve çocuk sahibi olamamak yaşamlarının her alanını kaplayabilir. Yaşamlarının alt üst olduğunu ve kontrollerinin dışına çıktığını hissederler. Birçok çifte göre infertilite durumu ciddi psikolojik yük oluşturmaktadır. İnfertilite tedavisi gören kadınların yaklaşık yarısı, erkeklerin ise %15'i infertiliteyi yaşamlarındaki en stresli deneyim olarak tanımlamaktadır. [65]

İnfertilite sonucu çiftin psikolojik sorun yaşamaması dışında psikolojik sorunların da infertiliteye neden olduğu belirtilmektedir. Nitekim bu konuyu irdeleyen çalışmalarda; travmatik yaşantı, iş gerilimi, stres ve psikosomatik semptomlar, depresyon gibi psikolojik sorunların infertilitenin oluşumunda etkili olabileceği vurgulanmaktadır. [9, 62]

Psikolojik faktörlerle infertilite arasındaki ilişkiyi ele alan üç farklı hipotez bulunmaktadır. Bunlar;

“Duygusal ve psikososyal sorunlar infertilite için risk faktörüdür.”

“İnfertilite ile ilişkili tanı ve tedavi süreci psikososyal sorunlara neden olur.”

“İnfertilite ve psikososyal sorunlar arasında karşılıklı bir etkileşim vardır ve birbirlerini tetiklerler.” şeklinde ifade edilmektedir. [7]

Psikolojik destek ve girişimlerin, infertilite tedavi sürecine olumlu katkı sağladığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin, Alibaşoğlu'nun makalesinde Sarrel ve DeCherney'in 1985 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında belirtildiği gibi 20 infertil kadının 10'u ile psikoterapötik görüşme yapmış, diğer 10 kadın rutin izlemeye bırakılmıştır. Psikoterapötik görüşme yapılan grupta %60'lık bir gebelik oranı saptanırken görüşme yapılmayan grupta gebelik oranı, %10'da kalmıştır. [7]

Sonuç olarak günümüzde genel kabul gören düşünce, depresif semptomların bir yandan infertilite tanısı ve başarısız tedavi sonucunda geliştiği ama öte yandan da bizzat tedavi başarısını düşürebilecek bir risk oluşturduğu yönündedir. Yani infertilite, çiftleri psikolojik olarak olumsuz etkilemekte ve bu etki, tedaviye de yansımaktadır. Bu bağlamda çiftin tedavi sürecindeki motivasyon yetersizliği ve ruhsal sağlık sorunları psikolojik bir destekle daha kolay baş edilebilir hale gelebilmektedir. Bu nedenle infertilite kliniklerinde çift, multidisipliner bir yaklaşımla desteklenmeli ve psikolojik yardım alması konusunda cesaretlendirilmelidir. [7, 63]

2.5.2 Toplumsal kültür ve infertilite

Sağlık ve hastalıkla ilgili algılar bireyin yaşadığı kültürden etkilenmektedir. Kottak'da 2002 yılındaki çalışmasında, sağlık ve hastalıkla ilgili algıların kültürel olarak inşa edildiğini ifade etmiştir. [66] Bir başka deyişle kültür, sağlık kavramını ve maruz kalınan hastalıkları algılama ve bu hastalıklara karşı mücadele etme yöntemlerini belirlemektedir. İnsanlar, hastalıkları kültürleri doğrultusunda tecrübe etmektedir. Kısacası kültür, birçok şeyde olduğu gibi hastalığı tanımlamada da belirgin bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda infertiliteyi, biyolojik bir sorun olmakla birlikte aynı zamanda kültürel bir olgu olarak da tanımlamamız mümkün olmaktadır. [2, 6, 56, 67]

Türkiye, coğrafi konumu itibarıyla “Orta Doğu” olarak tanımlanan coğrafyanın bir bölümünde yer almaktadır. Bununla birlikte Anadolu'nun farklı kültürlerin kalıcı etkilerine açık bir konumu vardır. Diğer Orta Doğu ülkelerinden farklı olarak Anadolu, aynı zamanda kendi tarihsel özellikleri içerisinde farklı dinlerin yaşandığı bir coğrafya konumundadır. İslamiyet ve öncesindeki semavi dinler, bölgedeki akrabalık ve sosyal bağların üzerine bir katman oluşturduğu düşünülebilir. Tarihsel süreç içerisinde her türlü dini emir ve yasakların var olan toplumsal düzen ile pek çok noktada etkileşerek bugünkü pratikleri meydana getirdiği belirtilmektedir. Bu bağlamda “üreme” konusu akrabalık ve sosyal organizasyondan bağımsız bir şekilde ele alınamayacağı bir gerçektir. Orta Doğunun kendine özgü akrabalık sistemi vardır. Bu sistem “babasoyu” sistemidir ve soyların sadece babanın soy çizgisinden izlendiği anlamını taşır. Yani doğan çocuk, babanın soyunun devamıdır. Bu nedenle doğurganlık, erkeğin/babanın soyunu devam ettirme anlamı taşıdığı için de önemli olmaktadır. [68]

Üreme ve soyunu devam ettirme, günümüzün bir problemi gibi algılansa da Claude Levi-Strauss “Modern Dünyanın Sorunları Karşısında Antropoloji” adlı eserinde, üreme ve soyunu devam ettirmenin, insan topluluklarının karşılaştığı ilk zorunluluk olduğunu belirtir. [69] Kadınlar ve erkekler için toplumun bir parçası olma, toplumsal statü kazanma ve varoluşunu destekleme noktasında üreme, neslini devam ettirme olgusu hayli fazla önemsenmektedir. Erkek için neslini ve dolayısıyla iktidarını sürdürme ve erkekliğini ispat etme anlamını taşıyan fertilite, kadınlar için de anne olma, böylece toplumun ona biçtiği rolü yerine getirme ve çoğu zaman var

olma, insan olarak tanımlanma anlamını ifade eder. [70] Toplum kız çocuklarına anne olma rolünü, çocukluktan itibaren oyunlar, oyuncaklar ve çeşitli sorumluluklar vererek fark ettirmeden zihinlerine kazıyıp öğretmektedir. Aksoy Sugiyama'nın çalışmasında yer alan aşağıdaki ifadeler konuyu özetlemek için yeterli olur. *“Cicili bicili kıyafetler giydirildik, koşmayı öğrenemedik bacaklarımız gözükmessin diye. İlk hediye edilen oyuncuğumuz bebeğimizdi. Küçük yaşta o bebeğin sorumluluğu üzerimize verildi. Saçlarını taramak zorunda bırakıldık. Elbiselerini değiştirmek, vaktinde yemeğini yedirmek zorunda hissettirildik. Başka kız çocuklarının bebek sayılarıyla sürekli rekabet içerisine girdik. Elimize bu küçük bebekler bu kadar erken bir yaşta bırakılmasa belki de hiç öğrenmek istemeyecektik bir başkasının bakımını üstlenmeyi. Belki biz de top, ağaçların arkasına kaçtığında peşinden gitmek zorunda kalıp oradaki küçük kulübeyi keşfedecektik. Bize emanet edilen bu bebekler sayesinde ne yazık ki bize hediye edilen tek tip kadın kimliğini içimize sindirdik...”* [68]

İnfertilite tüm kültürler için de bir kriz durumudur. İnfertilite özellikle ciddi sosyal baskılardan dolayı ve infertilite prevalansının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. [9]

Aksoy Sugiyama'nın , “Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemlerinin Umutlandığı Hayatlar: Hastane Günlükleri” adlı çalışmasında, Carol Delaney 80’li yılların başında Orta Anadolu’da yaptığı araştırmadan söz edilmekte ve orada bahsedilen tohumun korunması gerektiğine ilişkin söylem, soyun erkek tarafından devamlılığının garanti altına alınması pratiği ile örtüşmektedir. Bu da beraberinde kadının korunması ve kapatılmasının gerekliliğini gündeme gerektirmektedir. Delaney’e göre, asıl önem verilen kadının doğurganlığından ziyade; kadının eşinin tohumunu güvence altına alıp alamadığıdır. Bu bağlamda “kadının değeri”, evlilikten önce bekaretine, evlendikten sonra da sadakatine bağlı olmaktadır. Aksoy Sugiyama'nın bu çalışmasında yine çocuğun, hem annenin hem de babanın bir ürünü olduğu, ama her birinin katkısının anlamının farklı olduğu belirtilmektedir. Çocuğun temel kimliğinin babanın tohumundan geldiğine inanıldığı ve annenin rolünün sadece o özü büyütecek ortamı sağlamak olduğunun altı çizilmektedir. [68]

Eski çağlardan beri kadının aile ve toplumdaki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile ele alınmıştır. Genellikle gebelik ve bebeğin sağlıklı doğumuyla ilgili sorumluluk kadınların omzuna yüklenmekte, aynı zamanda infertilitenin daha çok

kadından kaynaklandığına inanılmakta ve doğumu kadın yaptığı için aileler ve toplum tarafından kısırlık konusunda hep kadın yetersiz görülmekte, suçlanmakta ve hor görülmektedir. İnfertil kadınlar, çocuklarının olmayışından üzüntü duymakla kalmaz her an kocalarının bir kaprisi ile karşılaşma korkusuyla yaşarlar. Kadın analık duygusunu tatmak, ailedeki yerini sağlamlaştırmak ve çevrenin kınayıcı baskısından kurtulabilmek için birçok çarelere başvurur. Kadınların infertilite tedavisi için ilk başvurdukları yerler arasında en yüksek oranda sağlık kuruluşu ya da sağlık personeli bulunmaktadır. Ancak ilerleyen zaman içerisinde ve muhtemelen tedaviden bir sonuç alınmadığında üfürükçülere, yatırlara, kocakarı ilaçlarına başvuru oranının önemli derecede arttığı görülmektedir. Kadınların başvurduğu geleneksel uygulamalar sonucunda hem üreme sağlığı hem de genel sağlığı tehlikeye atılabilmektedir. [49, 56, 60-68, 70, 71]

Çoğu toplumlarda, kadının çok çocuk doğurması kocasının cinsel gücünü ispatlayarak toplum içindeki statüsünü artırmaktadır. Ataman'ın makalesinde Roysten ve Armstrong'ın 1989 yılına ait çalışmada bu söylemleri desteklemektedir. Güney Amerika'da kadınlar,“ eğer ben her yıl gebe kalmazsam tüm köy halkı kocamla alay eder” gibi sözlerle bu inanç ve düşünceyi kanıtlar durumdadır. Bu durumda toplumun değer yargıları, kadının kendi sağlığının ve gerçek isteklerinin önüne geçmektedir. [16]

Türk toplumunda da çocuk, ekonomik ve psiko-sosyal değer boyutları olan vazgeçilmeyecek bir unsurdur. Bu değerler kadın ve erkekte genelde aynı olmasına rağmen, öncelik sırası olarak farklılık göstermektedir. Şöyle ki, kadın için evlilik bağına güçlendirme, eşine yakın olma, analık içgüdüğü gibi psikolojik değerler ön planda olurken; erkekte, birinci sırayı aile adını devam ettirme, gelecek için bir güvence gibi ekonomik ve geleneksel değerler almaktadır. [49, 72]

Türk toplumunda çocuksuz ev düşünülemez. Evlilik, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulduğu için “*döl vermeyen evlilik yürümez*” ve “*çocuksuz ev tütmeyen ocak gibidir*” gibi sözlerle ifade edilmektedir. Çocuk doğurmamak/doğuramamak, kadın için bir sağlık sorunundan ziyade bir eksiklik, bir ayıp olarak algılanmaktadır. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durum olarak düşünülmektedir. [73] Aile, tanıdıklar, arkadaşlar ya da yabancılar tarafından açık ya da kapalı şekilde yapılan baskıların stresi, her çocuksuz çiftin acısına farklı derecelerde etkiler. Aile büyüklerinin imalı

sözleri, arkadaşlarının dikkatsiz soruları, sağlık personelinin düşünceleri, yabancıların incitici ifadeleri ile çiftler bu baskıyı birçok şekilde deneyimlerler. Aralarında sevgi ne kadar derin olursa olsun, evli bireylerin çocuksuzluğu çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, karı-kocalık ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasında soğukluk girmesine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına da neden olabilir. [74] Türkdoğan'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada, infertil kadınlara, “çocuğun hayatlarının neresinde” olduğuna ilişkin yöneltilen soruya kadınlar, çocuk sahibi olsun olmasın aynı cevabı vermişlerdir. Alınan yanıtlardan çocuğu, geleceğin garantörü, neslinin devamının sağlayıcısı, anne babaya statü kazandırıcı bir etken olarak hayatlarının merkezine yerleştirmiş olduğu anlaşılmaktadır. [70] Bunun yanı sıra konuya ilişkin araştırmalarda da boşanma olaylarının, çocuk sayısı ile ters orantılı olduğu, çocuğu olan çiftlerin çocuğu olmayan çiftlerden daha az boşandığı belirlenmiştir. [67] Akyüz ve İnanç (1998)'in çalışmasında da infertilitenin aile yaşantılarını, ilişkilerini olumsuz etkilediği, infertil bireylerin kendilerini sağlıksız ve mutsuz hissettikleri belirtilmektedir. [75]

Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Bu toplumlarda kadın çocuk sahibi oldukça daha kabul ve saygı görmektedir. Bir iletişim dili aracı olarak kadınlar, topluma “anne olmak” ve “anneliğin kazandırdığı statü” mesajını gururla verirler. Ne yazık ki bazı çalışmalarda infertil kadınlar, sokağa güvenle çıkabilmenin koşulunu yanında çocuk olması şeklinde belirtmişlerdir.[68] Aslında infertilite, “kadın olma” kimliğini doğrudan etkilemese de çalışmalar, kadının kendini yalnız hissettiğini ve buna bağlı olarak da güvensizlik duyduğunu göstermektedir. Kadının yanında çocuğunun olması, kendini daha güvende hissetmesine neden olmaktadır. Türkdoğan'ın 2016 yılında infertil kadınlarla gerçekleştirdiği kalitatif çalışmada kadın bu durumu “...kısırlık kadınlık kimliğimi etkilemez. Ancak kadının yanında çocuğunun olması daha güvenli oluyor. Bir anne kız ilişkisi yine yalnız olmaktan daha güvenli. Kendime güvenim tam tabi...” sözleriyle özetlemektedir. [70]

İnfertilite sorunu kadınlar için bir damgalanma olmakta ve anne olamayan ya da anne olmak istemeyen kadınlar toplumun kendisinden beklediğini karşılayamadıkları için fiziksel bir işaret taşımalarına gerek kalmadan etiketlenmektedirler. İnfertilite ile karşı karşıya kalan kadınlar, toplumun/ailenin dayatmaları, rutin ev işleri,

anlaşılmadığını hissetme gibi nedenlerden dolayı buldukları çevreden uzaklaşmak veya yalnız kalmak isterler. Akşit'in makalesinde de belirttiği gibi infertil kadınlar için bu bir süreliğine uzaklaşma hastanede kalma pahasına da olsa mutluluk verici olabilmektedir. Hastanede yatan infertil kadınların hekimlerine sık sık belirttikleri bir şükran, kendilerini hastaneye yatırmış olmalarıyla ilgilidir. Böylece kadınlar, ağır ev işlerinden, kötü muameleden ve kendileriyle benzer tecrübeleri paylaşan diğer kadınlarla birlikte olarak sıkıntıdan kurtulmuş olabilmektedirler. Düşük yapan kadınların düşük hikayelerini sıklıkla ağır ev işlerine bağladıkları düşünüldüğünde, sırf bu kısmi izolasyon bile, en azından kadınlardan beklenen ev işlerinin çok fazla olduğu Türkiye'de, kısırlık tedavisinin önemli bir parçası olabilmektedir. Hayatlarındaki herkese yoğun bakım sağlaması beklenen kadınların değil düşük tehlikesiyle karşılaştıklarında, grip olduklarında bile ailede kimseden bakım alamadıkları göz önünde bulundurulduğunda, infertilite tedavisi, kadınların en geniş çerçevede ihtiyaç duydukları kişisel bakımın bir parçası olarak onları mutlu etmektedir. Aynı zamanda onları ziyaret etmeye ve destek vermeye devam eden aile bireyleri, bir yandan ihtiyaçları olan bakıma kavuşan, diğer yandan akılları evde kalan kadınların hayatında önemli bir denge unsuru olmaktadır. Aslında infertilite, tedavi edilsin veya edilmesin eşler arasında işbirliğini ve dayanma gücünü sınanan bir sevgi testi olarak düşünülmektedir. [76]

İnfertil kadınlara acı veren en önemli olaylardan birinin, gebe veya çocuklu bir kadınla karşılaşmak olduğu bilinmektedir. Bu durumun onlardaki yetersizlik duygusunu artırarak öfkelenmelerine neden olduğunu, bunun için de çocukların bulunduğu ortamdan uzak durmaya çalıştıklarını söylemek mümkündür. Türkdoğan'ın 2016 yılında infertil kadınlarla gerçekleştirdiği kalitatif çalışmada kadınların bu durumu *"İnsanlardan kaçtım, çocuğu olanlarla görüşmedim. Sorularından korkuyordum... en büyük korkum, başkalarının çocuklarını kıskanmaktı. İnsanlarla adeta bir duvar örüyordum, sorularıyla karşılaşmamak için.. O süreçte kimse olsun istemiyordum etrafımda... markete bile gitmiyordum, gitsem bile kimseyle konuşmuyordum. Bütün arkadaşlarımla çocukları var. Onlarla çocuklu ortamlara girmek benim için çok zor oluyordu. O yüzden mecbur olmadıkça çocuklu ortamlara girmiyordum..."* ifadeleriyle belirtmeleri konuyu özetler niteliktedir. [70]

2.5.3 İnfertilite ve cinsellik

Üreme sağlığı ve cinsel sağlık, kadın, erkek, genç, yaşlı tüm bireyler için temel bir haktır. Cinsellik sözcüğü, kullanıma 19.yüzyılda girmiştir. Cinsellik önceleri, “erkek veya kadın olmayı” ifade eden teknik ve dar anlamlı bir terim olarak kullanılırken 1800’lerden itibaren kapsamı, insanların duygularını da içerecek şekilde genişletilmiştir. Günümüzde cinsellik, cinsel doyumunu ve iki insanın bir armoni içerisinde beraberliklerini içeren, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ahlaki, dini, politik ve ekonomik yönleri olan karmaşık bir bütün olarak tanımlanabilmektedir. Cinsellik, bireyin biyolojik fonksiyonları, kimliği, rolleri, ilişkileri, inanç ve beklentileri ile ilgilidir ve üreme amacının dışında da yaşam kalitesi unsurlarındandır ve çoğu zaman engellenemeyen bir içgüdüdür. Bireyin, cinselliğini ifade edebilmesi, ilişkide karşılıklı saygı ve sevgiye dayalı, bilgilendirilmiş, güvenli ve sorumlu bir cinsel yaşama sahip olması önemlidir. İnsanlar varoluşlarından bu yana hem üremek hem de yaşamlarını zenginleştirmek için her şartta cinselliklerini sürdürmeye çalışmışlardır. [16, 77, 78, 79]

Bireylerin mutlu olmaları, toplumların varlıklarını sürdürmeleri, kurulan sağlıklı ve uyumlu aile ilişkileriyle mümkün olmaktadır. Aile, insanlık tarihi boyunca tüm toplumlar tarafından vazgeçilmez ve ortak değer olarak kabul edilen bir kurumdur. Bu ortak değer, insanlık kültürü içerisinde evlilik kararı alınıp sözleşmenin imzalanmasıyla yerleşik kültür içerisinde yerini alır. Evlilik; resmi, duygusal, davranışsal ve biyolojik yönleri bulunan, karşılıklı cinsel doyumun sağlanmasını, dayanışmayı, anlaşabilmeyi, paylaşmayı içeren ve bir açıdan neslin devamını da sağlayan, toplum tarafından onaylanan bir kurumdur. İnsan soyunun düzenlilik içinde devamı ve toplum hayatının sürekliliği için önemi olan evlilik kurumunun sağlıklı biçimde devam edebilmesi için, fiziki, psiko-sosyal, duygusal, kültürel ve ekonomik pek çok etmenin bir arada uyum içerisinde olması gerekmektedir. [80]

Evlilik hayatında cinsel işlevler önemli bir yer kaplar. Cinsel işlev bozukluğu, genellikle çiftin evlilik hayatında sıkıntı ve gerginliğe yol açar. Bir başka açıdan da insanın duyguları, cinselliği ve kişiliği, doğurganlığıyla ilişkilendirilmektedir. Buna örnek, çeşitli psikoseksüel bozuklukların bir nedeni ya da sonucu olarak infertilite

gösterilmektedir. [78, 81, 82] Cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesinin infertilite ile ilişkisini belirlemek amacıyla infertil çiftlere yönelik yapılan bir çalışmada, infertil kadınların %82,7'sinde, infertil erkeklerin ise %49,1'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, infertil kadınların cinsel işlev durumu infertil erkeklere göre daha düşük olarak belirlenmiştir. [83]

Cinsellik ve infertilite arasında dört farklı etkileşim bulunmaktadır;

Bunlar,

- 1.Kadın ya da erkekteki cinsel sorunların (vajinismus, yetersizlik, prematür ejakülasyon, anejakülasyon)infertiliteye sebep olması
- 2.İnfertilite test ve tedavilerinin cinsel yaşam üzerine olumsuz etkisi
- 3.İnfertilite nedeniyle suçluluk, yetersizlik, saldırganlık, pasiflik gibi duygulara aşırı odaklanma
- 4.İnfertil çiftlerde cinsel ilişkinin doğal halinden çıkarak mekanik ve zorunlu hale gelmesidir. [7]

CETAD in ülke çapında gerçekleştirdiği çalışmada, yaklaşık olarak her üç kişiden birinin cinsel yaşamının herhangi bir döneminde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir. Yine aynı çalışmada ülkemizde yaşanan cinsel sorunların en önemli iki nedeninin, cinsel konulardaki eğitimsizlik ve önyargı/tabular olduğu belirtilmektedir. Diğer nedenler arasında, toplumun cinselliğe yaklaşımı, gelenek/göreneklere ve psikolojik etkenler ile stres yer almaktadır. [84] Güleç ve arkadaşlarının 2011 yılında infertilitenin, cinsel işlev ve çift uyumu üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda, hem infertilite grubunda hem de kontrol grubunda erkekler, kadınlara göre daha fazla cinsel sorun bildirmişlerdir. Kadınların erkeklere göre daha az cinsel yakınmada bulunmalarının temel nedeni, kültürel olarak yaşadıkları cinsel sorunları ifade etmede zorlandıkları olabilir. [85] Bilindiği gibi kültürümüzde kadınların cinsellikte aktif rol almaları çok uygun karşılanmamakta, hatta ayıp sayılmaktadır. Kültürümüzde cinselliğe ilişkin yaygın ve abartılı mitler mevcuttur. Cinsellikte kadın ve erkek ayırımını vurgulayan bir örnek olarak “Cinsel yaşam ve cinsel haz çoğunlukla erkekler içindir ve kadınlar cinsel yaşamın tüketim malından ibarettir” söylemi verilebilir ve ne yazık ki buna benzer örnekler artırılabilir. [84] Bu toplumsal kültür ile büyüyen kadınların cinsellik hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları, bedenlerini, cinsel haz ve doyum

konusunda kendilerini daha az tanıdıkları, cinsellikte daha çekingen rol aldıkları görülmektedir.

İnfertilite tedavisi cinsel birliktelik düzeninde de değişikliklere neden olabilmektedir. İnfertilitenin cinsel birlikteliğe etkisi, çiftin ovulasyon döneminde cinsel ilişkiye girme zorunluluğu hissetmeleri, onlar için özel olan bu beraberliğin başkası tarafından şekillendirilmesi ve yönlendirilmesi sonucunda cinsel beraberliğin yapılması gereken bir iş olarak algılanmasına neden olmaktadır. İnfertilite tedavisi aylar, hatta yıllar sürebildiğinden çiftin ilişkisi, alışılmışın dışına çıkmakta ve olumsuz yönde etkilenmektedir. Döllenme amacıyla ilişkide bulunma, bu nedenle ilişkinin zamanlamasının belli kurallar içinde olması ve hatta cinsel ilişki pozisyonların da öneriler doğrultusunda belirlenmesi, ilişkinin gizliliği ve doğallığını bozmaktadır. Bu yüzden çiftler cinselliklerini adeta gözlem ve baskı altında hissetmektedir. [7- 9, 86, 87] Bayram'ın çiftlerin infertilite tedavi süresince ve çocuk sahibi olduktan sonraki dönemdeki cinsel ilişki durumlarını araştıran çalışmasında, katılımcıların bu dönemlerde yaşadıkları problemler sonucunda cinselliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini belirttikleri görülmüştür. Tedavi aşamasında cinsel perhizlere uyum zorunluluğu, cinsel ilişkinin zamanlamasının çiftlerin kendi iradeleri dışında sağlık ekibi üyelerince belirlenmesi, onların cinsellik algılarını değiştirdiği ve zedelediği belirtilmiştir. Çiftler, cinselliği bir haz olarak yaşamaktan çok bir görev/mecburiyet gibi algıladıklarını bildirmişlerdir. Çocuk sahibi olmadan önceki cinsel yaşamlarını tanımlarken “mecburiyet”, “görev”, “anlamsız” gibi kelimeler kullanmışlardır. Çocuk sahibi olduktan sonraki dönemde ise uykusuzluk, yorgunluk gibi çocuk bakımının beraberinde getirdiği zorluklar nedeniyle cinsel ilişki sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamında infertilite tedavisi sonrası çocuk sahibi olan bir kadın, tedavi aşamasına ilişkin cinsel ilişki durumunu aşağıdaki ifadelerle özetlemiştir. *“Yapabiliyoduk, haftada iki kere falan yapıyoduk, yani normal. Güzeldi ama tabi ki zordu, zor günlerdi. Yani yapsamda kafamın bi yerinde o çocuk şeyi var, ya ne kadar etkilememiş olsa da etkiliyo seni. İşte eninde sonunda yani oraya kadar da etkiliyo. Yani cinselliğimize bile etki ediyodu. Yani, sen ve ben olarak zorunlu hissediyosun kendini, eşine karşı görevin, mutlu olmasını istiyosun, yani yapıyosun ama öylesine yapıyosun. Aklımın bi yerinde devamlı o vardı. Bazen ağladığım zaman bile oluyodu, Mesela diyolardı işte sabah yapınca daha iyi olurmuş. Biz kalktık sabah sabah yaptık, mesela eşim işe gidecek, eşim işe gitmeden önce kalkardık,*

yapardık mecburi, mecbur bi şey yani olay olarak görüyoduk. Eee ama biz yeter ki olsun gözüyle baktığımız için, sabah yapmışın ya da akşam yapmışın, bizim için bi sorun olmadı, bioff be demedik yani. Sabahta olsa, sabahın köründe kalkardık, eşim banyosunu yapar, giderdi işine, o kadar rahattık. Güzel günlerdi yani zor tabii ki yani bi görev ama yeter ki olsun yani nasıl olursa olsun. Görevde olsa yaptık.” .[11]

İnfertil çiftlerde görülen cinsel işlev bozuklukları arasında en fazla cinsel istekte azalma, uyarılma yetersizliği, anorgazmi, performans kaygısı, erektil disfonksiyon yer almaktadır. Bu da doğrudan ve dolaylı olarak gebe kalmayı güçleştirmektedir. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun sebepleri, infertilite durumundan kaynaklanan anksiyete, yetersiz cinsel uyarılma, kognitif savunmalar ve ilişki problemleri olarak sıralanmaktadır. [9] İnfertilite durumundan doğrudan kadın sorumlu ise, erkekte farklı olarak, depresif semptomları çok daha şiddetli yaşanmaktadır. Kaygı düzeylerinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunması, “infertil kadınların emosyonel zorlanmasının eşlerinden fazla olduğu” biçiminde yorumlanmaktadır.[88]

İnfertil bireylerin cinsel yaşamını, onların eğitim durumu, evlenme şekli, aile yapısı, yaşadıkları bölge gelir durumu gibi faktörler de etkili olabilmektedir. Güleç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, infertil bireylerin eğitim düzeyi ve gelir durumunun artmasının cinsel ilişkinin niteliğini artıran faktör oldukları saptanmıştır. Bununla beraber şehirde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre cinsel ilişki niteliklerinin daha üst seviyede oldukları saptanmıştır. Alibaşoğlu çalışmasında, istemeden görücü usulüyle evlenmenin, cinsel birleşme sıklığının azalmasında önemli rol oynadığını saptamıştır. İnfertilite tedavisi gibi uzun ve karmaşık bir süreçte, eşlerin bir arada olma ve birbirlerine destek olması gerekmektedir. Fakat baştan istenmeyen bir evlilik, içinde zorluklar barındıran bir aile yaşamında eşlerin birbirlerine gereken desteği vermemelerine sebep olmaktadır. [7]

İnfertil bireylerin cinsel yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için desteğe ihtiyaçları vardır. Bunun için cinsel birlikteliklerini “bebek yapıcı seks seansı” biçimine dönüştürerek kendilerini suçlu hissetmelerine engel olmak, bunu sadece tedavinin bir parçası olarak kabul etmeleri konusunda yardımcı olmak gerekir. Eşler arasındaki ilişkinin yakınlığının korunması açısından fertil dönemin dışında da rahat

ve spontane cinsel ilişki yaşamlarını sürdürmeleri için eşlerin cesaretlendirilmeleri yararlı olacaktır. [9]

2.5.4 İnfertil bireylerde yaşam kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Yaşam kalitesi, bireyin, amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir. Yani hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi durumunu/sağlığını öznel olarak algılayışının tanımlamaktadır. Bu kavram, klinik ve biyokimyasal değerlendirmelerin bireyin hastalıktan ne kadar etkilediğini göstermede yetersiz kaldığı için geliştirilmiştir. [9]

Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramını ilk defa kullanan JR Ekinton'dur. Onat Bayram'ın çalışmasında belirttiği gibi, Ekinton, teknolojik ilerlemelerin adeta temel ihtiyaçların önüne geçmiş olduğu bir dönemde transplantasyon tıbbını tartıştığı "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makalesinde yaşam kalitesinden söz etmiştir. Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı, teknik ilerlemeden çok, insani yaklaşımlarla bağlantılıdır. Çünkü yaşam kalitesi, teknolojinin gelişmesiyle bir tarafa itilen, ama insan gereksinimlerinin tümünü kapsayan geniş bir kavramdır. [11]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır. [90] Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar, hızlı bir gelişme göstermiş ve 1990'lardan itibaren giderek artmıştır. 1992'de sadece yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili yayınlayan "International Society of Quality of Life" isimli bilimsel bir dergi yayına girmiştir. [91]

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler; yaşam kalitesini arttıran ve azaltan faktörler olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. [92]

Yaşam kalitesini arttıran faktörler arasında;

- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma,

- Sosyal çevre ile olumlu ilişkiler kurabilme,
- Otonomi sahibi olabilme,
- Huzur ve güven içinde yaşama,
- İnanç ve değerlere saygı gösterme,
- Özgün bir birey olarak algılanma,
- Ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olma,
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olma gibi etmenler yer almaktadır.

Yaşam kalitesini azaltan faktörler arasında ise;

- Kronik yorgunluk,
- Temel gereksinimlerin karşılanmaması,
- Cinsel fonksiyonlarda bozukluk,
- Destek sistemlerin yetersizliği,
- Gelecek ile ilgili kaygılar,
- Akut/kronik sağlık sorunları,
- Aile ve arkadaşlarla ilişkilerin bozulması gibi durumların olduğu belirtilmiştir.

Yaşam kalitesi kavramı ayrıca bireyin ait olduğu ortam koşulları ile yakından ilişkilidir. Ortam koşulları ile ilgili, çevrenin fiziksel niteliği, çevresel zenginlik ve çevresel güvenlik/süreklilik gibi üç temel boyuttan söz edilmektedir. Bu bağlamda yaşam kalitesi, bireyin daha iyi bir yaşam için gösterdiği çaba ve çevrenin bu çabaya karşılık gösterdiği tepkidir. [92, 93]

Günlük hayat içerisinde herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşmadığı sürece bedensel algımız minimum seviyededir. Oysa acıyla karşılaşıldığında benliğimiz, kendini bedeninin acıyı hisseden kısmından ibaretmiş gibi algılar. İnfertilite durumunda da çiftin, özellikle de gerek geleneksel gerekse tıbbi uygulamaların çoğunluğunu vücudunda toplayan kadının bedeni, gebelik oluşmasına odaklanmış durumdadır. Her ay umutla beklenen gebelik, gerçekleşemediği durumda çiftler büyük hayal kırıklığı yaşarlar. [68] İnfertilite, çiftlerin aile, arkadaş ve çevre ile

ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamını, evlilik uyumunu, dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunudur. [89]

İnfertilitenin bireye yarattığı etkilerinden biri de cinsel işlevi olumsuz yönde etkilemesidir. Çiftler, ev ödevi olarak algıladıkları cinsel beraberliği bir zorunluluk olarak yerine getirmekten son derece rahatsız olurlar. İnfertilite çiftlerde evlilik sorunları, cinsel isteksizlik, depresyon, suçluluk gibi olumsuzluklara yol açarak yaşam kalitesinde azalmaya neden olur. [6, 89, 94, 95]

Genel olarak infertilite, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren bir yaşam krizidir. Toplumumuz gibi geleneksel yönü ağır basan ülkelerde bu sorunlar daha çok hissedilmekte özellikle duruma sebep olduğu düşünülen kadınlarda bu problemler daha fazla görülmektedir. Bu söylemlerimizi, Algül'ün 2013 yılında infertil çiftlerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaptığı çalışması desteklemektedir. Çalışmada, infertil kadınların toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Yani infertil kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre olumsuz yönde daha fazla etkilenmektedir. [83] Başka bir çalışmada Monga ve arkadaşları (2004) benzer bulgular elde etmişlerdir. Bu çalışmada da, infertil kadınlarda yaşam kalitesinin eşleri ve kontrol grubundaki diğer kadınlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur. Oysa kontrol ve infertil gruptaki erkekler arasında yaşam kalitesi açısından farklılık bulunmamıştır. [51] Çetinbaş'ın 2014 yılında yayımladığı çalışmasında infertilitenin kadının yaşam kalitesi üzerindeki farklı bir boyutunu gözler önüne sermiştir. Bu çalışmada, kadın faktörüne bağlı infertilite durumunun erkek faktörüne bağlı infertilite ile karşılaştırması yapılmış ve kadın faktöründe kadının yaşam kalitesinin belirgin olarak daha düşük bulunmuştur. Açıklanamayan infertilitede ise kadının yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş izlenmemiştir. [94]

Doğurganlık sorunu yaşayan kişilerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Boivin ve arkadaşları, 2011 yılında 'Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği' olan "FertiQol" (Fertility Quality of Life) u geliştirmişlerdir. FertiQol İngilizce olarak hazırlanmış, ancak çeviri ekibi tarafından 20 dile çevrilmiştir: Almanca, Arapça, Çince, Danimarkaca, Fince, Fransızca, Hırvatça, Hintçe, Hollandaca, İngilizce, İtalyanca, İspanyolca, İsveççe, Portekizce, Romence, Rusça, Sırpça, Türkçe, Vietnamca ve Yunanca. Her çeviri yerli iki dil bilen fertilitite

uzmanlarınca doğrulanmıştır. 1414 fertilité problemi yaşayan kişinin katılımıyla gerçekleştirilen FertiQol, fertilité problemleri ve tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini gösteren güvenilir bir ölçektir. Türkçe versiyonunun i güvenilirlik çalışmasını etinbař ve arkadaşları 2014 yılında yapmışlardır. [6,94]

etinbaş'ın 2014 yılında yaptığı diğer bir çalışmasında, FertiQol puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkileri araştırılmış ve yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile biçimi, meslek, sağlık güvencesi olup olmaması, evlilik biçimi, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, aylık gelir durumu, tedavi masraflarının karşılanması, herhangi bir kronik hastalığın olup olmaması, infertilite sebebi, infertilite tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi ve eşe infertilite tanısının olup olmamasının FertiQol puanlarına etki etmediği saptanmıştır. Buna karşın sigara içme durumu, evlenme yaşının ve infertilite süresinin FertiQol puanlarına anlamlı düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir. Evlenme yaşı düştükçe, infertilite süresi uzadıkça ve sigara içme söz konusu ise FertiQol leğinden alınan yaşam kalite puanlarının düştüğü saptanmıştır. [89]

Yapılan çalışmalara göre, bireyin cinsiyeti, yaşı, , evlilik süresi, ocuk sahibi olmayı isteme süresi, eğitim düzeyi, çalışma/üretim durumu, gelir ve sosyal güvence durumu, bağımsız işlevsellik düzeyi bireyin infertiliteden etkilenme düzeyinde, bir başka deyişle bireylerin yaşam kalitesi algısında önemli rol oynamaktadır. [89, 92, 93]

2.5.5 İnfertil bireylerde benlik saygısı

Birey, doğumundan itibaren yakın çevresinin etkisi ve geri dönüşleri, yaşam deneyimleri sonunda bir benlik algısı geliştirir. Benlik saygısı da bu algıya bağlı olarak oluşur. Benlik saygısının gelişiminde en büyük rol, bireyin aile ve yakın çevredeki kişilerin tutum ve davranışlarıdır. Gelişime katkı sağlayan diğer unsurlar ise, bireyin statüsü ve hayatında koyduğu hedeflere ulaşma durumudur. [96, <http://www.aktuelpsikoloji.com/benlik-saygisi-ozsaygi-gelisimi-857yy.htm>] Benlik saygısının gelişiminde, çevredeki diğer bireylerin kişiye yönelik tutum ve değerlendirmelerinin önemli olduğu düşünüldüğünde, geleneksel toplumlarda erkek ve kız çocuklarına verilen değer ve olanakların farklılığı erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin kızlara oranla daha fazla olacağını düşündürmektedir. [97] Benlik

saygısının yüksek olması, bireyin psikolojik sağlığını olumlu geliştiren ve aynı zamanda depresyona karşı da önleyici bir faktör olduğu bilinmektedir. Buna karşın düşük benlik saygısı ise, anksiyete, motivasyon eksikliği, intihar davranışları, yeme bozuklukları, depresyon gibi duygusal ve davranışsal bozukluklara neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. [98]

Tařgit'e göre benlik saygısı, kişinin kendi benliğine karşı gösterdiği tutuma göre farklılık göstermektedir. Kiři kendi benliğinden memnun ise ve kendini olmak istediğinden aşağıda veya yukarıda görmüyorsa benlik saygısı da yüksek olacaktır. Bu tür durumda kişinin kendisine olan inancı tamdır ve kendini olduğu gibi kabul eder. Bařka bir deyişle benlik saygısı, kişinin kendisi hakkında nasıl düşündüğu ve hissettiği ile ilgilidir. Benlik saygısı ačasından sağlıklı bir birey, kendini değerli hisseder ve yaşamdaki sorunlarla bařa çıkabilme inancına ve gücüne sahiptir. Kendisi ve yetenekleri hakkında olumlu bir yaklaşım sergiler. Kořullar olumsuz ve hatta kötü gitse bile, kendisini hatalarıyla birlikte kabullenir ve kendisine karşı hissettiği değer değişmez. [99]

Günümüzde, benlik saygısına ilişkin çalışmalarda sıkça kullanılan "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" (RBSÖ) ni geliştiren Rosenberg' e göre, bireyin objelere yönelik bir tavra sahip olduğu gibi kendi benliğine dair de bir takım tutumları vardır. Benlik saygısı bireyin benliği ile ilgili düşünceleri, duyguları ve inançlarını içerir. Bir başka bakış açasıyla benlik saygısı, sahip olduğu benlikten bireyin ne derece memnun olduğu anlamına da gelir. [96]

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Yani bireyin benlik saygısı oluşumunda tüm bu kavramlar rol oynamaktadır. Buna bağlı olarak insan, bu kavramları barındıran çok yönlü, karmaşık bir varlıktır ve bütüncül yaklaşım ile değerlendirilmelidir. [97] Bireyde meydana gelen herhangi bir değişiklik bütüne yansır, bireyin algısını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkiler. Örneğin, kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, işlerinde başarılı olma, hedeflerine ulaşabilme, toplum içinde beğerilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme gibi pozitif olaylar kişinin benlik saygısına olumlu etki yapar. Buna karşın acı çekme, kanser, bedensel özelliklerini beğermememe, herhangi bir uzvunu kaybetme, infertilite gibi olumsuz deneyimler ise durumsal değişikliğe neden olur ve sağlıklı kişilerde bile benlik saygısının azalmasına neden olur. [100]

Ebeveyn olma isteği temel biyolojik bir istektir. Bazı toplumlar ebeveynliği, erişkinliğe geçiş olarak tanımlar. Bu durumda infertil birey, çocuk sahibi olamayacağını anlamasıyla birlikte hedeflediği yetişkinlik kimliğini zedelenmiş olarak algılayabilir. Aynı zamanda bireyin, sağlığına olan güveni azalabilir, kendini eksik ve hasta gibi hissetmeye başlayabilir. Bu nedenle tarih boyunca insanlar, çocuk sahibi olma arzusunu yerine getirebilmek ve kendisi için biçilen hedefe ulaşmak için çok uğraş vermişlerdir. Hedefledikleri amaca ulaşamadıkları durumda ise büyük çöküntü, hayal kırıklığı, zgven ve özsaygı yetersizliği yaşamışlardır. [8]

Birey için çocuk sahibi olmak ve çocuk bytmek çoğu zaman evlilik yaşantısında bir amaç, görev ve sorumluluk olarak düşünülmektedir. Evli çiftlerin büyük bir bölümü bu amacı gerçekleştirmeyi ve bu sorumluluğu paylaşmayı istemektedir. Ancak infertilite söz konusu olduğunda bu sorumluluğun gerçekleşmemesi, benlik saygısı, g ve btnlk duygularının bozulmasına bireyin kendini değersiz, çaresiz, suçlu ve işe yaramaz hissetmesine neden olmaktadır. [72]

Toplumumuzda infertilite, uzun yıllar, verimsizlik anlamına gelen “kısırlık” szcğyle ifade edilmiştir. İnfertilite sorunu yaşayanlar da “kısır” olarak adlandırılmıştır. Buna karşın çocuk doğurmak ise, bireylerin geleceklerini güvence altına almaları, özellikle de kadınların toplumsal statülerini korumaları anlamına gelmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde infertilite, toplumumuzda kusur veya eksiklik olarak kabul edilmektedir. Nitekim infertilite problemi yaşayanlar, karşılaştıkları sosyal baskılara dayanamayıp bedenleri, sosyal kimlik ve benlik saygılarıyla ilgili yeni sorularla karşı karşıya kalabilmektedirler. [56]

Topdemir Koçyiğit araştırmasında, çalışmaya katılan her iki kadından birinin sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını belirtmiştir. Evlilik sonrası sosyal baskının ilk göstergesi, “Ne zaman çocuk yapacaksınız?” şeklindeki sorular olmaktadır. Giderek sayısı artan ve yoğunlaşan bu tür sorular, sosyal baskıyı daha da artırmaktadır. İlgili çalışmada kadınlar, çocukla ilgili soruların kendilerini yıpratığını ve suçluluk hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlara ilaveten kadınlar, yaşıtlarının çocuklu olmalarından rahatsız olduklarını, horlandıklarını, dışlandıklarını, boşanma veya kuma ile tehdit edildiklerini belirtmişlerdir. Sosyal baskıyı, erkeğe kıyasla daha yoğun olarak hisseden kadınlar, kendilerini “kuruyan ağaç”, “verimsiz toprak” olarak gördüklerini dile getirmişlerdir. Topluma göre de onlar verimsizdir, toplumsal rollerini yerine getirememektedirler. [56] El Kissi ve

arkadaşlarının 2013 yılında kadın ve erkekler üzerinde infertilitenin psikolojik etkilerini araştıran çalışmalarında, bu bilgileri destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada, kadınların eşlerine göre depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. İlgili çalışmada benlik saygısına ilişkin veriler RBSÖ kullanılarak elde edilmiş ve sonuç olarak, infertil kadınların benlik saygılarının eşlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. [101]

Kırsal alan, hem coğrafi konumu, hem nüfusu hem de eğitim durumu açısından sınırlı bir alanı işaret eder. Dolayısıyla kırsal alanda, sosyal kontrol mekanizması daha güçlü ve kolay işleyebilmektedir. Topdemir Koçyiğit'in çalışmasında, katılımcıların doğum yerleri açısından kırsalda doğan kadınların şehirdekilere kıyasla evlilik sonrası daha kısa sürede çocuk sahibi olmak için kliniğe başvurdukları belirlenmiştir. Akrabalar ve komşular, onların bir an önce çocuk sahibi olmak için kliniklere gitmelerini tetiklemiştir. Kırsal alanda toplumsal cinsiyet açısından kadına atfedilen asli görevin, anne olmak olduğu net bir şekilde görülmektedir. [56]

Bazı toplumlarda çocuk sahibi olma, çiftin kendi iradesinin ve sınırlarının dışında gelişen bir tartışma konusu haline dönüşebilmektedir. Bu noktada aileler devreye girip, gerekirse erkeğe başka bir kadınla evlenmesi ya da başka bir kadını kuma olarak getirmesi yönünde telkinler verebilmektedirler. Bazı durumlarda ise erkek, aile tarafından kuma almaya zorlanmaktadır. Geleneksel ailelerde bu baskı karşı konulmaz bir hal alarak eylemin gerçekleşmesiyle de sonuçlanabilmektedir. [70] Alibaşoğlu çalışmasında ailelerin çiftin yaşam kalitesinde ne kadar etkili olduğunu gözler önüne sermektedir. Çalışmada, katılımcı infertil kadın ve erkek olgular aile biçimlerine göre gruplandırıldığında, eşinin ailesiyle birlikte yaşayanlarda, çekirdek aile biçimine sahip ya da kendi ailesiyle birlikte oturanlara göre depresyon seviyelerinin daha yüksek ve benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. [7] Oğuz 2004 yılında yaptığı çalışmasında, benlik saygısının farklı bir boyutuna dikkat çekmiştir. İlgili çalışmada, görücü usulüyle ve istemeden evlenenlerin benlik saygıları patolojik düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. [9] Görücü usulü ile yapılan evliliklerde eşler birbirini yeterince tanımadan evlenmekte ve eşler arasındaki bağlılık daha zayıf düzeyde olabilmektedir. Ayrıca görücü usulü ile evlenen çiftlerde ailenin soyunun devamı ve aile büyüklerinin çiftlerden çocuk beklentisi daha yüksek olmaktadır. Bu durumda çift kendisini daha fazla baskı altında hissetmektedir. Keskin ve Babacan Gümüş 2014 yılında infertil kadınlarla yaptıkları çalışmalarında,

görücü usulü ile evlenen kadınlarda umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucunu elde etmişlerdir. [72]

İnfertil kadınlarda umutsuzluğu etkileyen değişkenleri inceleyen Keskin ve Babacan Gümüş 2014 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kadınların önemli bir bölümünde benlik saygısının düşük olduğunu saptamışlardır. Benlik saygısına ilişkin bilgileri, RBSÖ ile elde edilen çalışmaya göre, kadınlarda benlik saygısı düştükçe, gelecekle ilgili olumsuz duygular ve motivasyon kaybı artmakta ve bunlara bağlı olarak umutsuzluğun arttığı belirtilmektedir. İlgili çalışma doğrultusunda, infertilite sürecinde yaşanan umutsuzluğu azaltmada kadınların benlik saygılarını yükselten, çiftlerin ilişkisini güçlendiren ve belirlenen karakter özelliklerine sahip kadınları destekleyen yaklaşımların yararlı olacağı düşünülmektedir. [72]

2.5.6 İnfertilitede cinsiyet farklılığı

İnfertilite ve cinsiyete dair verilerin yorumları, infertilite tedavisinin kadınları ve erkekleri etkilemesindeki farklılıklara odaklanır. İnfertiliteyle başa çıkma sürecinde cinsiyet rolleri, infertil olan partnerin kim olduğu sorusundan daha önemlidir. Çünkü cinsiyet kimliği, tıbbi bir faktörden çok daha önemli olan toplumsal cinsiyet ile ilgilidir ve bireyin yaşadığı toplumdaki rolü ve sorumlulukları tarafından belirlenir. Kadın ve erkeğe yüklenen toplumsal sorumluluklar, birbirinden belirgin şekilde farklıdır. Buna bağlı olarak bireyin dış dünyaya yüklediği anlam, yetiştirilme tarzı ve toplumsal değerleriyle bağlantılıdır. Yani bireyin topluma yüklediği anlam, bir yerde yaşadığı ve büyüdüğü toplumun benimsediği cinsiyet rollerinin süzgecinden geçerek belirlenir. [7, 102]

Kadınlar ve erkekler aynı stresli olayları yaşasalar da, bu olaylara yükledikleri anlam ayrıdır ve dolayısıyla baş etme stratejileri de farklıdır. Başa çıkma stratejileri, duygu ve sorun odaklı olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Duygu odaklı stratejiler, bireyin stresörü değiştiremeyeceğine ve katlanması gerektiğine inandığında kullanılmaktadır. Sorun odaklı stratejiler ise değiştirilebilen stresörlere yönelik kullanılmaktadır. İnfertilitede kadınlar genellikle duygu odaklı, erkekler ise sorun odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir. Sorun odaklı başa çıkma tarzının kişiyi depresyondan daha uzak tuttuğu bilinmektedir Kadınların çoğu

olumsuz durumları erkeklere oranla daha değişmez görmeleri, toplumdaki cinsiyet rollerinin yarattığı bir durum olarak değerlendirilmektedir. [7,9]

Cinsiyet rolü, bireyin bir problem karşısında çare arama davranışına da yansımaktadır. Genellikle erkekler, duygusallığı ve kırılganlığı kadınlığa ait özellik olarak görmekte ve dışarıdan çözüm aramayı güçsüzlük belirtisi saymaktadır. Bundan dolayı erkeklerin, psikolojik yardıma kadınlara göre çok daha az başvurdukları ve kendilerini daha iyi göstermeye çalıştıkları bilinmektedir. [7]

İnfertilitenin erkekler üzerindeki psikolojik etkileri iki boyutta ele alınmaktadır. Erkek psikolojisini zedeleyen ana unsur, erkeklerde infertilitenin iktidar ve erkekliği tehdit ettiği düşüncesidir. İktidarsız olan erkekler güçsüz ve etkisiz olarak görülmektedir. Geleneksel cinsellik rolünü üstlenen infertil erkeklerin anksiyete ve depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Geleneksel toplumlarda genellikle “baba olamama” durumu “erkek olmama” kavramıyla eş değerde tutulmaktadır. İnfertilitenin erkekler üzerindeki etkisinin ikinci boyutu ise, çocuk isteğinin erkeklerde kadınlara göre daha az olduğu ve dolayısıyla infertilitenin kadınlara göre daha az stres yaratan bir unsur olduğudur. Erkekler çocuk sahibi olamamayı kadınlara göre daha kolay kabul etmektedirler. [54]

İnfertilitenin kadınlar üzerindeki etkileri ise çok daha karmaşık ve kapsamlıdır. İnfertilite sebebi kimden kaynaklanırsa kaynaklansın, kadınların daha fazla tıbbi girişime maruz kalması daha çok suçluluk duygusu hissetmesi ve daha çok sorumluluk almasına neden olmaktadır. Erkeğin infertil olduğu ortaya çıksa bile kadınlar, hala fertiliteleri konusunda şüphe taşımaya devam ederler. [9] Anneliği kadın hayatında birinci rol olarak dayatan toplumsal beklentiler, bireyin kendi hedeflerinin ve istediği yaşam tarzının önüne geçmektedir. İnfertil kadınlar için çocuk sahibi olabilmek, toplumsal statü kazanmak anlamına gelmekte ve bireysel problemlerin çözümünden ziyade adeta toplumsal bir emir olmaktadır. Sonuçta beklentileri karşılayamayan kadın topluma karşı kendini eksik ve suçlu hissetmektedir. [70] Kadınlar infertiliteyi daha kişiselleştirirken, kadınlık rollerinin değersizleştiğini düşünmekte, stigmatize olduklarına inanmakta, kayıp duygusu yaşamakta, özgüvenlerinde azalma meydana gelmektedir. Erkeklerin infertil oldukları durumda her ne kadar erkekler hayal kırıklığı yaşasalar da, değersizlik duygusuna kapılmamaktadırlar. Çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan yas sürecinin nedeni açısından da kadın ve erkekler arasında farklılık vardır. Kadınlar

çocuk sahibi olamadıkları ve gebelik deneyimi yaşamadıkları için yas reaksiyonu gösterirken, erkekler biyolojik olarak baba olma yetileri olmadığı için yas yaşamaktadırlar. [9]

İnfertilite tedavisine başlamak aynı zamanda infertil olduğunu kabul etmek anlamı taşımaktadır. Muhatabı bir sağlık personeli dahi olsa doğurganlık problemini dile getirmek bireyleri rahatsız etmektedir. Bu nedenle tedaviye başlamaya karar verme çiftler için önemli bir adımdır. Bu kararı verme aşamasında da cinsiyetler arasında fark görülmektedir. İnfertilite tedavisine başlama kararıyla ilgili 200 çiftle yapılan bir çalışmada, kadınların %30'unun erkeklerinse yalnızca % 2'sinin tek başına tedaviye başlama kararı verdiği, geriye kalanların ise birlikte karar verdikleri saptanmıştır. Bunun yanı sıra sonraki tedavi planlarıyla ilgili erkeklerin daha fazla kararsızlık yaşadıkları görülmüştür. Bu aşamada erkeklerin daha kararsız olmalarına karşılık kadınların daha iyimser bir tavır sergiledikleri görülmüştür. [9] Kadınlar, infertilite tedavisi konusunda erkeklere göre daha istekli ve kararlı davranmaktadırlar. Ayrıca kadınlar, tedavi başarısızlıkla sonuçlansa bile kolay kolay tedaviyi bırakmayı düşünmemektedirler. [54]

Kadınlar için erkeklerin tedavi sürecine katılımları son derece önemlidir. Erkeklerin prosedürlerden uzak kaldığı durumlarda psikolojik, seksüel ve evliliğe dair problemler kadınlarda daha şiddetli yaşanmaktadır. Tedavi sorumluluğunu tek başına üstlenme eğiliminde olan kadınlarda stres çok daha şiddetli yaşanmaktadır. Bu stres sonucu gelişen olumsuz davranışlar, sosyal izolasyon eğiliminde artış ve yaşam biçiminde majör değişiklik yapma durumunda kalma şeklinde olmaktadır. Bunlar, işten ayrılma, arkadaş çevresiyle görüşmeme ya da her zaman yaptıkları aktivitelerden uzaklaşma şeklinde olabilmekte ve kadınların yaşam standartları olumsuz etkilemektedir. Kadınlar için eşlerinin ve çevrenin desteği, erkeklere göre çok daha önemlidir. Erkeklerse uzaklaşma, daha az sorun yaşıyormuş gibi davranma ve kişisel kontrolü elinde tutma eğiliminde olmaktadır. [9]

Bireylerin infertiliteye tepkileri kişisel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu belirtilmektedir. Çocuksuzluğun kadın yönünden anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın topluluklarının dışında hissetme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol

eksikliği (ana, gebe kadın, lohusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir. Çocuksuzluğun erkek yönünden anlamı, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsünün doyurulmaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyükbaba) ve sosyal güvence azlığıdır. [45]

İnfertilitenin, kadınlar için olduğu kadar erkekler için de sağlık problemi olarak görülmesi gerekirken, toplumda sadece kadınları etkileyen problemmiş gibi görülmesi, kadının kendini topluma karşı eksik ve suçlu hissetmesine yol açmaktadır. Çocuk sahibi olmanın neslin sürekliliği olarak tanımlanan toplumlarda yaşayan kadınlarda, bu sorumluluk daha fazla hissedilmekte ve kendi yaşamını kontrol edememenin sıkıntısı yaşanmaktadır. Özellikle geniş aile yaşamlarında eşlerin birbiriyle iletişimlerinin kısıtlandığı ve baskının daha fazla hissedildiği durumlarda yaşanan sıkıntılar daha fazla artmaktadır.

2.6 İnfertil Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve bedensel imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir. [87] Bir yaşam krizi olarak tanımlanan infertilite probleminde, bireylerin krizle baş edebilmesi için bireylere danışmanlık ve destek sağlanması gerekmektedir. [54] İnfertilite birimlerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, embriyolog ve diğer) infertil bireylerin psikososyal bakım, eğitim ve danışmanlığını yapma sorumluluğu bulunmaktadır. Bireyin özgür ve bilinçli karar verebilmesi, emosyonel problemleri atlatabilmesi, sosyal sorunlarıyla baş edebilmesi, kendi bakımına aktif katılabilmesi, uygulamaları doğru, eksiksiz yerine getirebilmesi için doğru ve tam bilgiye ulaşma hakkı ve gereksinimi vardır. Hemşire, infertil bireylerle en sık karşılaşan ve en fazla vakit geçiren sağlık personeli olduğu için eğitim ve danışmanlık adına son derece uygun pozisyonundadır. [103] Ayrıca bireyin hemşireyi, sorunlarını kolaylıkla paylaşabileceği bir sağlık personeli olarak görmesi nedeniyle hemşirenin, infertilite kliniklerinde bireyin/çiftin stres düzeyini belirlemek ve gerektiğinde onları psikososyal destek almaya yönlendirmek ve yol gösterici olmak gibi görevleri de vardır. [15]

İnfertilite kliniklerinde başarı, ekibin tüm üyelerinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine bağlıdır. [104] Yurt dışında çoğu ülkede infertilite kliniklerinde psikolojik destek ekibi de bulunmaktadır. Amerikan Fertilité Birliği'nin bu amaçla oluşturulmuş "Psikolojik Özel İlgi Grubu" vardır. Psikolojik desteğin yalnızca başlangıçta değil, tüm tedavi boyunca hatta sonrasında da devam etmesinin yararlı olduğu açıktır. Psikolojik destek ekibi, infertil çiftleri değerlendirme ve konsültasyon, psikodinamik tedaviler, gevşeme ve stresle başa çıkma, seksüel terapi, destek grupları, kognitif-davranışçı değerlendirme, yasla başa çıkma, kriz çözümleri konularında hizmet vermektedir. Ülkemizde ise tedavi alan çiftlere profesyonel olarak psikolojik destek verilmesi henüz yaygın değildir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ancak kendi klinik görüşleri doğrultusunda gerek gördükçe vakaları psikiyatristlere ya da psikologlara yönlendirmektedirler. Oysa infertil gruba verilecek psikolojik destek uzmanlık gerektiren bir durumdur. [9]

İnfertilite sorunu asırlar öncesine dayanmasına karşın, infertilite sorununun modern yöntemlerle çözümlü 1970'lerde başlamıştır. Bu çözüm yöntemleri 1980'den sonra günümüze kadar büyük bir ivme kazanmıştır. İnfertilite alanına yönelik teknolojik gelişmeler, hemşirelerin bu alanda branşlaşmalarını kaçınılmaz hale getirmiştir. [18]

İnfertilite hemşireliği; poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan bireylerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren bir süreçtir. İnfertilite hemşireliği, çalışma alanı ve hasta grubu nedeni ile özelleşmiş bilgi, donanım ve uygulamaya sahip olan özel bir dal hemşireliğidir. [38] Hemşire, infertilite ekibi içinde öykü alma, değerlendirme, tanılama, tanı testlerinin takibi, uygulanacak tedaviyi destekleme, çiftin eğitimi, danışmanlığı gibi aşamada etkin rol almaktadır. [104] Aynı zamanda çağdaş bir infertilite hemşiresi, bireyin haklarını savunan ve onlara eğitimle güç veren bir pozisyonda olmalıdır. [103] İnfertilite hemşiresinin birey/çifte verdiği eğitim, üreme organ yapı ve işlevleri, doğurganlık bilinci, sağlıklı yaşam ilkeleri, infertilite tedavisi ve aşamalarını içeren konuları kapsamaktadır. Ayrıca hemşirenin, infertilite durumu için kadın/çiftin başvurduğu geleneksel uygulamaları ifade etmelerine ortam ve fırsat yaratması ve onları doğru yönlendirmesi önem kazanmaktadır. [67]

İnfertil çiftler kliniğe ilk başvurduklarında öncelikle çiftlerin değerlendirmesi yapılır. Çiftin değerlendirilmesi, hemşirenin ayrıntılı öykü alması ile başlanır. Bu değerlendirmenin amacı, infertiliteye neden olan faktörleri saptamaktır. Aksi bir

durum olmadıkça değerlendirme, çiftin her ikisi ile birlikte yapılmalıdır. Değerlendirmeye çiftin beraber katılımı, infertilitenin çiftin ortak problemi olduğunu vurgulamak açısından son derece önemlidir. Öykü erkekten ve kadından ayrı ayrı alınır. Öyküde alınması gereken bilgiler şunlardır;

Kadına ait bilgiler

- Yaş
- Fertilitate öyküsü (önceki gebelikler, infertilite süresi)
- Menstrual öykü (mensturasyon süresi, sıklığı)
- Medikal öykü (kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklar)
- Cerrahi öykü (geçirilmiş batin ve pelvik ameliyatlar)
- Cinsel yaşam öyküsü (cinsel ilişki sıklığı, zamanı)
- Alışkanlıklar (sigara, alkol kullanımı)

Erkeğe ait bilgiler

- Yaş
- Fertilitate öyküsü (çocuk sayısı, ereksiyon sorunları)
- Medikal öykü (kullandığı ilaçlar, kronik hastalıklar)
- Cerrahi öykü (geçirilmiş ameliyatlar)
- İş öyküsü (radyasyon ve kimyasal ajanlara maruz kalma)
- Cinsel yaşam öyküsü (cinsel ilişki sıklığı ve zamanı)
- Alışkanlıklardır (sigara ve alkol kullanımı) [105]

Anamnez çok önemlidir. İyi bir anamnezle yaklaşık %50 oranında tanıya gidilebilir. Bazen %100 tanıya gidildiği olur ve tetkiklerle tanı doğrulanır (Türkün bakışı). İnfertilite hemşiresi, infertil bireylerden anamnez alırken yaşam biçimi davranışlarını tek tek sorgulamalıdır. Özellikle açıklanmayan infertilite ve erkek faktörlü infertilite durumlarında çift için riskli yaşam biçimi davranışları söz konusu ise öncelikle bu davranışların değiştirilmesi için stratejiler geliştirilmeli ve bu konuda bireysel bakım planları ile yardımcı olunmalıdır. [48]

Öyküsü alınan çiftin değerlendirmesine, fizik muayene (genel ve jinekolojik muayene) ve laboratuvar araştırmaları şeklinde devam edilir. Çift üzerine 5 kardinal tetkik yapılır.

Bu tetkikler;

- 1) Spermogram
- 2) Ovulasyon tespiti
- 3) Histerosalpingografi

4) Postkoital test

5) Laporoskopi

Kadına Yönelik Testler

- Ovulasyon Tespiti
- Bazal Vücut Isısı
- Serum Progesteron Ölçümleri
- Endometrial Biyopsi
- Servikal Mukusun İncelenmesi
- Ultrasonografi
- Histerosalpingografi
- Laporoskopi

Erkeğe Yönelik Testler

- Spermioqram
- Endokrin Testler
- Ultrasonografi
- Testiküler Biyopsi
- Sperm Penetrasyon Testi [8, 12, 30, 39, 106]

Hemşire bireyleri, infertilite tanı testlerinin neler olduğu, amacı, gerekliliği, uygulama şekli, testlerden önce ve sonra neler yapılması gerektiği konularında bilgilendirmeli ve bireylere işlemler süresince destek vermelidir. [107, 108]

Yardımcı Üreme Teknikleri/Teknolojileri (YÜT), anne adayının yumurtası ile erkeğin spermını çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital organlarına transferi olarak tanımlanır. Modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen YÜT merkezlerinde uygulanan teknikler aşağıdaki gibidir

- Intrauterin İnseminasyon (IUI)
- In Vitro Fertilization (IVF) - Embriyo Transferi (ET)
- Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT)
- Zigot Intra Fallopian Transfer (ZIFT)
- Tubal Embriyo Transfer (TET)

YÜT yöntemlerinde günümüzde en sık kullanılanı, IUI ve IVF- ET' dir. IUI dört, altı siklus önerilmektedir. Dört- altı siklus sonrasında gebelik oluşmıyorsa IVF Önerilmelidir [4, 13, 23, 25, 105]

IUI aşamaları:

- Kontrollü Ovarian Hipersitümülasyon (KOH)
- Siklusun izlemi (overyan hormonların ve transvajinal USG ile folikül gelişimi takibi)
- İnseminasyon zamanlaması
- Spermilerin hazırlanması
- Seksüel disfonksiyon

IVF'in aşamaları:

- KOH
- Siklus izlenmesi (overyan hormonların ve transvajinal USG ile folikül gelişimi takibi)
- Transvajinal USG altında overlerden Oosit toplanması/OPU (oosit pick up)
- Labovatuvar koşullarında fertilizasyon
- Embrioların transservikal olarak uterusu transferi [25, 105, 109- 111]

İnfertilite hemşiresi tedavi protokolünü koordine eder ve tüm bu tedavi aşamasında, bireylere tedavi amacıyla kullanılacak ilaçların etkileri, yan etkileri, uygulama şekli dozu ve kullanım süresi hakkında bilgi verir. Hemşire folikül gelişimini izlemek amacıyla yapılan uygulamalarda (ultrason, günlük oestradiol ölçümü) hastanın hazırlanmasına yardımcı olur, foliküllerin büyümesini kontrol amaçlı gerçekleştirilen randevuları düzenler. OPU işleminin yapılacağı gün erkekten sperm örneği alınacağı ve bu nedenle erkeğin 3 gün cinsel perhiz yapması ve birlikte merkeze gelmeleri gerektiği açıklanır. Transvajinal ultrasonografi veya laparoskopik yöntem ile oosit toplanması işleminden önce sedatif ve analjezik uygulanacağı söylenir. İşlem için kullanılacak malzemeler hazırlanır, kadın muayene masasına alınır ve endişeleri giderilir. İşlem boyunca destek verilmeye devam edilir. ET aşamasında anestezi gerekmediği, ağrısız ve kolay olduğu açıklanarak uygulama hakkında bilgi verilir. Kadına litotomi pozisyonu verilir ve hekime yardım edilir. Kadına işlem sonrası gebelik kesinleşinceye kadar, ağır işlerden kaçınması, 12-14 gün cinsel ilişkiden kaçınması ve hekimin verdiği ilaçları alması konusunda bilgi verilir. Gebelik testi pozitif ise gebeliğin 12. haftasına kadar luteal faz desteğine devam edilmesi gerektiği anlatılır. Gebelik testi negatif ise çiftin yaşadığı depresyon, kızgınlık, üzüntü ve

benlik saygısının kaybı gibi olumsuz durumlarda çiftin duygularını ifade etmesine olanak tanınmalıdır. Hemşire bu duyguları ve tepkileri gözlemlemeli, çiftin bu durumla baş edebilmesine yardımcı olmalıdır. [25, 105]

Transfer sonrası artan embriyolar dondurulup uygun bir zamanda kullanılmak üzere saklanabilir. Embriyoların buz kristallerinden zarar görmemesi için kriyoprotektan adı verilen ajanların kullanılması ile dondurulan embriyolar daha sonra sıvı nitrojen içinde yaklaşık 10-15 yıl kadar bekletilebilir. Ülkemizde eşlerin yazılı onayı ile bu süre en fazla 5 yıla kadar uzatılabilmektedir. Dondurulmuş embriyoların transfer işleminde, embriyolar 24 saat önce çözündürülür ve normal bir ET işlemi gerçekleşir. Bu süre sonunda kullanılmayan embriyolar eşlerin yazılı onayı ile imha edilir. [27, 112]

İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerle iyi ilişkiler kurulması son derece önemlidir. Tedavi sırasında çok hassas ve alıngan olan infertil çiftlerin sorunlarını paylaşabilmeleri için rahat bir ortam sağlanmalı ve güven verici bir yaklaşım benimsenmelidir. [45] Hemşirelerin gösterdiği psikolojik destek, anlayış ve güven çiftin korkularını azaltmada ve probleme daha olumlu yaklaşım getirmede yardımcı olur. [67]

İnfertilite ile beraber hayal kırıklığı, öfke duygusu, cinsel sorunların yaşanması, eşlerin kendilerini ya da birbirlerini suçlamaları son derece normal olmakla beraber, etkin danışmanlık ile bu sıkıntıların yönetilebilmesi ve bireyin kendisiyle barışık olma durumunun sağlanabilmesi mümkün olabilmektedir. Bunun için çeşitli yöntemler vardır. Dikkatin pozitif yönlere, örneğin hobilere kaydırılması faydalı olmaktadır. Pozitif bir kişisel imajın gerçekleştirilmesi, benlik saygısının desteklenmesi, korku ve anksiyetenin giderilmeye çalışılması gerekir. [54] Fertilite problemi yaşamış başkalarıyla iletişime girmek, problemi yaşayan bireylerin yalnız olmadıklarını hissetmeleri açısından yararlıdır. Ancak her infertil bireyin farklı olabileceği akılda tutulmalıdır. [9]

Hasta merkezli tedavi yaklaşımının bir parçası olarak hastanın tedavi başlangıcında etkin ve yeterli bilgilendirilmesi önemlidir. İnfertilite tedavi sürecinin psikolojik açıdan zorlayıcı olduğu ve bu durumun kişilerin tedaviye uyum ve devamlılıklarında sıkıntılara yol açtığı bilinmektedir. Bireylerin stres altında olmaları ve tedavinin karmaşıklığından dolayı kendi üzerlerine düşen uygulamaları yanlış anladıkları ve uygulamada sıkça hata yaptıkları bilinmektedir. Solmaz Hasdemir ve arkadaşları, tedaviye uyumu artırmanın tedavi başarısını artıracığı hipotezinden yola çıkarak

2015 yılında bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. İnfertil kadınlarla yaptıkları ilgili çalışmada, tedavi başlangıcında uygulanacak sözlü ve yazılı hasta bilgilendirilme yöntemlerinin çift açısından anlaşılabilirlik durumu karşılaştırılmıştır. Sözel olarak bilgilendirilen grupta katılımcıların yaklaşık %15'sinin tedavi protokolünde hata yaptığı saptanmış, buna karşılık yazılı olarak bilgilendirilen grupta etkinlik değerlendirme kriterlerinden hiçbirinde hataya rastlanmamıştır. İlk görüşmede sözel olarak bilgilendirilen grupta genel olarak tedaviye uyumla ilgili daha fazla endişe yaşandığı saptanmıştır. Uygulama hatalarını en aza indirmek, tedavi başarısını artırarak psikolojik ve maddi kayıpları dolaylı olarak engellemektedir. Hastaların anlayabileceği yazılı bilgilendirme ve tedavi protokol formlarının kullanılması hastanın hata yapma oranını ve bu konudaki gerginliğini azaltarak tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacaktır. [113]

İnfertil bireylerde umudu canlı tutmak çok önemlidir. Bunun için infertil bireylere destek verilmeli ve başarıya belli bir çaba ve sabır sonucunda ulaşılabileceği, hatta normal çiftlerin dahi her istediğinde çocuk sahibi olamadıkları hatırlatılmalıdır. [9] İnfertil bireylerde umudu canlı tutma çabaları bir denge içerisinde olmalıdır. Çünkü tedavi olumlu sonuçlanmadığında, çift için çocuksuz bir yaşamı kabul etme ve buna göre geleceği planlama gündeme gelmektedir. Bunun için, birey çocuk sahibi olacağını düşünürken aynı zamanda tedavinin başarısız bir şekilde sonuçlanabileceğini de unutmamalıdır. Kendilerini tamamen tedavinin olumlu sonuçlanmasına ve kesin olarak gebeliğe odaklayan çiftler amaçları gerçekleşmediğinde daha fazla psikolojik sorun yaşamaktadırlar. Bu açıdan infertilite tedavi sürecinde çiftler ne fazla umutlandırılmalı ne de mutsuzluğa itilmeli, gerçekçi beklentiler oluşturmaları sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra infertilite tedavi süreci uzadıkça çiftlerde psikolojik durumun olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Keskin ve Babacan Gümüş'ün 2014 yılında infertil kadınlarla yaptıkları çalışma bu bilgileri destekler durumdadır. Çalışmaya göre, infertilite tedavisine başlanan kadınların ilk yıllarda umutsuzluk düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğu, buna karşın infertilite tedavi görme süresi uzadıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı saptanmıştır. [72] Bu çalışmaya benzer bir çalışma da Çakır Güngör ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmadır. İnfertil kadınlarla gerçekleştirilen bu çalışmaya göre, kadınlardaki anksiyete durumunun infertilite tedavi süresiyle birlikte arttığı bulgulanmıştır. [114]

İnfertilite tedavisi cinsel yaşamı da olumsuz yönde etkilemektedir. Çiftlerin cinsel yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için desteğe ihtiyaçları vardır. İnfertilite hemşiresi infertilitenin neden olduğu cinsel problemler, tedavi yöntemleri, başarı oranları ile cinsel fonksiyon bozuklukları konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Çiftler ovülasyon zamanlarında, cinsel beraberliği yapılması gereken bir iş olarak algıladıkları için cinsel birliktelik düzenlerinde ve algılarında değişimler olur ve bu durum onları ciddi derecede rahatsız eder. Hemşire çiftleri ovülasyon zamanları dışında da cinsel birliktelikleri konusunda cesaretlendirmelidir. Cinsellik konuşulması zor olan bir konudur. Bu nedenle cinselliği tartışmada uygun zaman ve doğru iletişim tekniklerini kullanmak önemlidir. Çiftler cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirilmelidir. İnfertilite hemşiresi cinsel fonksiyonları hem bireysel olarak hem de çift olarak değerlendirmelidir. [7, 81, 87]

Hemşire tüm bu yaklaşımları esnasında cinsiyet farklılıklarını unutmamalıdır. Eşlerin duygularının, tepkilerinin ve baş etme yöntemlerinin birbirinden farklı olabileceğini akıldan çıkarmamak gerekir. Hemşire, bu farklılıkları onlarla paylaşarak birbirlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir. Her iki eş için de bu süreç gerçekten güç ve travmatiktir. Eşlerin birbirleriyle olan iletişimi bu süreç içinde farklı boyutta önem kazanırken, eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlamaktadır. Birbirlerine destek olmak ve sorunla birlikte uğraşmak, stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olmaktadır. [7]

İnfertilite hemşiresinin göz ardı etmemesi gereken başka bir konu ise kültür kavramıdır. İnfertilitenin algılanmasında kültürler arasında farklılıklar vardır. Çiftlere çocuksuz olmanın psikososyal ve psikoseksüel kültürel etkileri göz ardı edilmeden bakım verilmelidir. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini güçlendirmek için yapılacak hemşirelik desteğinde bireyin kültürel yapısı, değerleri ve farklılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. [67]

Genel çerçevede bakıldığında infertilite ünitesinde hemşire olmanın, diğer ünitelerde çalışanlardan daha rahatmış gibi görünebilir. Çünkü ortada ateşli, kanamalı bir hastalık ya da hayati risk taşıyan bir hasta yoktur. Size çaresiz gözlerle bakan, son durum hakkında açıklamalar bekleyen, yorulmuş, ümitsizliğe kapılmış hasta yakınları yoktur. Saatlerce süren ameliyatlara, gece nöbetleri yoktur. İyileşemeyen, ateşi düşmeyen ya da gözünüzün önünde sağlığı gittikçe kötüleşen insanlar yoktur. Tam tersine infertilite üniteleri “yeni yaşamların” yaratılmasına yardımcı olmak

amacıyla kurulmuş birimlerdir. Bu yüzden oradan hizmet alan hastaların getirdiği sorunlar hayati risk taşımaz ve çalışanlara stres yaşatmaz. Ancak gözden kaçırılmaması gereken en önemli nokta; infertilite tedavisi gören çiftler için çocuk sahibi olmak bazen ölüm-kalıma eş değer bir önemde olabilmektedir. İşte bu yüzden bu birime gelen kişilerde yaşanan stres çok yüksektir. Doğal olarak bu stres, orada çalışan tüm ekibe yansır. Bu durumun yönetimi de çok önemlidir ve göz ardı edilmemelidir. Farklı disiplinlere mensup sağlık çalışanların bir ekip ruhu ve işbirliği içerisinde çalışması bu sorunu yönetmede etkili olacaktır. [115]

İnfertil bireylerin daha kaliteli bir tedavi süreci deneyimlemeleri ve tedaviye devamlılıklarında problem yaşamamaları için infertilite klinikleri ve infertilite hemşirelerine yönelik öneriler özetlenecek olursa;

-İnfertilite kliniklerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, uzmanlaşmaları, danışmanlık ve eğitim alanında becerilerinin geliştirilmesi amacıyla hizmet içi programların gerçekleştirilmesi,

- İnfertiliteden etkilenme ve anksiyete düzeylerini azaltacak, olumlu baş etme yöntemlerinin kullanımını artıracak hemşirelik girişimleri ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının yapılması,

-Tedavi boyunca duygusal desteğin çok önemli olduğunun bilinmesi ve bu desteğin mümkün olduğunca sağlanması,

-İnfertil bireylere yaklaşımda, cinsiyet ve sosyo-demografik özelliklerin dikkate alınması

-Tedavinin başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda da bakım hizmetlerinin sürdürülmesi,

-İnfertilite kliniklerinde psikolojik destek verebilecek uzman bir kişinin hizmet vermesi,

-İnfertil bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar hakkında, toplumdaki bilgi eksikliğinin giderilmesi amacıyla seminer, kitap, broşür, film gibi görsel işitsel araçların geliştirilmesi olarak ifade edilebilir. [105, 116-124]

Bu önerilerin yanı sıra ülkemizde, “Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği” ne uygun bir infertilite hemşireliği sertifika programının uygulanması infertilite hemşireliği açısından son derece gereklidir. Bununla birlikte uygulanacak sertifika programının niteliği de çok önemlidir. İnfertilite hemşireliği temel beceriler ve ileri düzey becerilerden oluşan uygulama alanlarına sahiptir. Bu nedenle sertifika programı basamaklandırılarak “Temel İnfertilite Hemşireliği Eğitimi” ve “İleri

İnfertilite Hemşireliği Eğitimi” şeklinde yapılandırılmalıdır. İleri düzey beceriler (ultrasonografi ile folikülometri izlemi, erken gebelik teşhisi, embriyo transferi, IUI uygulama, sperm hazırlama vb.) konusunda ülkemizdeki yasal düzenlemeler henüz hemşirelere uygulama yetkisi vermediği için bu aşamada uygulanamayacaktır. Ancak gelecekte yasal dayanak sağlandıktan sonra bu tür ikinci basamak sertifika programına gereksinim duyulacaktır. Eğitim programı, kuramsal ve uygulamalı eğitim programı olmak üzere iki kısımda yürütülmelidir. Uygulamalı eğitimin değerlendirilmesinde, belirli sayıda temel becerileri uygulamış olması konusunda kriterler belirlenmelidir. Aynı zamanda ülkemizde infertilite hemşirelerinin rol ve sorumluluklarının yasal düzenlemelerle netleştirilmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır. [125]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi ve Zamanı

İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesi ve benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş olan çalışma, deskriptif (tanımlayıcı) özelliktedir. Çalışmada veriler, 26.07.2016 –26.01.2017 tarihler arasında elde edilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı Tüp Bebek Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Ünitelerde halen “Reproduktif endokrinoloji ve infertilite” alanında uzmanlaşmış bir Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı ile infertilite alanında uzmanlaşmış 2 hemşire ve 1 hizmetli çalışmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, ünitenin yeni açılmış olması nedeniyle IVF uygulamaları henüz gerçekleştirilmemekteydi.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, 26.07.2016 –26.01.2017 tarihleri arasında T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına bağlı tüp bebek ünitesine tedavi amacıyla başvuran bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, yukarıda belirtilen tarihler arasında tüp bebek ünitesine başvuran, tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen ve aşağıdaki kriterlere uygun toplam 150 kişi (100 kadın ve 50 erkek) oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi yapılmıştır. İki grup arasında FertiQol puanlarında 3 birimlik artma tahmini ile 6 birimlik Standart Sapması olan bir çalışmada, 0,05 hata ve 0,80 power

olacak şekilde planlandığında örneklem büyüklüğü 130 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma bir anket çalışması olduğu için kayıplar olabileceği düşüncesiyle örneklem büyüklüğü 150 kişi olarak planlanmıştır. Kliniğe başvuran olgularda cinsiyetlere bakıldığında kadınların erkeklere oranla çok daha fazla olduğu görülmüş ve 150 kişilik örneklem grubunun 100'ünün kadın ve 50'sinin erkek vaka olmasına karar verilmiştir.

Çiftlerin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- Okur – yazar olma
- İnfertilite tanısı konmuş olma

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki veri toplama araçları ile birebir görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

3.4.1 Bilgi formu

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile infertilite durumlarına ilişkin bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bu form, 25 sorudan oluşmaktadır. İlk 12 soru sosyo-demografik verilere ilişkin iken son 13 soru obstetrik ve infertilite özelliklerine yönelik sorulardır. [7, 11, 16, 35, 83]

3.4.2 Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, bireylerin kendileri hakkındaki yargılarını ölçmek amacıyla Moris Rosenberg tarafından 1963' te geliştirilmiştir. Ölçek, toplam 63 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 12 alt kategorisi vardır. Bunlar; Benlik Saygısı, Kendilik Kavramının Sürekliliği, İnsanlara Güvenme, Eleştiriye Duyarlılık, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Psikomatik Belirtiler (Anksiyete göstergesi olarak kabul edilmiştir), Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme,

Tartışmalara Katılabilme Derecesi, Ana-Baba İlişkisi, Babayla İlişki, Psikik İzolasyon' dur. [126]

Ölçek, ülkemizde Fusun Çuhadaroğlu tarafından 1986geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlanan ölçek, dörtlü likert tipi 10 sorudan oluşmakta ve her bir madde “çok doğru”, “doğru”, “yanlış”, “çok yanlış” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin geçerliliği yüksek olup test-tekrar test korelasyonu 0.82-0.88 arasındadır. Cronbach alfa değişkeni 0.77-0.88 arasında değişmektedir. Bu çalışmada da ölçeğin uyarlanmış hali yani 10 maddeden oluşan “Benlik Saygısı” alt kategorisi kullanılmıştır.

Ölçeğin puanlanması, 1., 2., 4., 6. ve 7. maddelerde, çok doğru=3, doğru=2, yanlış=1, çok yanlış=0 ve 3., 5., 8., 9. ve 10. Maddelerde çok doğru=0, doğru=1, yanlış=2, çok yanlış=3 olarak hesaplanmaktadır.

Ölçek puanları 0-30 arasında değişmekte ve 30 maksimum düzeyde benlik saygısı kabul edilmektedir. [7, 9, 16, 99]

3.4.3 FertiQol international

FertiQol (Fertility Quality of Life Questionnaire), ‘Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği’ anlamına gelen ölçek Boivin ve arkadaşları tarafından 2011 yılında İngilizce olarak geliştirilmiş ve aynı ekip tarafından 20 dile çevrilmiştir: Almanca, Arapça, Çince, Danimarkaca, Fince, Fransızca, Hırvatça, Hintçe, Hollandaca, İngilizce, İtalyanca, İspanyolca, İsveççe, Portekizce, Romence, Rusça, Sırpça, Türkçe, Vietnamca ve Yunanca. FertiQol, çekirdek olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili 10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren toplam 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ölçek 5’li likert tipi cevaplar içermektedir. Yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup bazı sorular ters puanlanmaktadır. Bunlar, çekirdek modülün duygusal alt boyutunda 1 tane, ilişkisel alt boyutta 3 tane, sosyal alt boyutta 1 tane ve tedavi modülün tedavi çevresi alt boyutunda 2 tane olmak üzere 7 sorudur. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten sağlanan puanlarla 0 ile 100 puan arasında değerlendirilmektedir. [89]

FertiQol, 34 madde ve fiziksel sağlık ile yaşam kalitesi genel tatminini ölçen iki sorudan oluşmaktadır. Ölçek, ekirdek ve tedavi modülü olmak üzere iki ana modülden oluşmaktadır. [6, 89, 127]

Çekirdek modülde; kişisel yaşam kalitesi ve kişiler arası yaşam kalitesi olmak üzere iki bölüm yer almaktadır.

Kişisel yaşam kalitesi bölümü; duygusal (6 madde) ve zihin -beden (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup, toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Duygusal alt boyut hastanın genel olarak infertiliteyle ilgili olan olumsuz duygularının belirtilerini ne ölçüde yaşadıklarını ölçmektedir. Zihin - beden alt boyutu ise infertilite nedeniyle hastanın olumsuz fiziksel belirtileri ve bilişsel veya davranışsal bozulmaları ne ölçüde yaşadığını ölçmektedir.

Kişiler arası yaşam kalitesi bölümü; ilişkisel (6 madde) ve sosyal (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup toplam 12 madden oluşmaktadır. İlişkisel alt boyut hastanın ailevi ilişkisinin veya birlikteliğinin ne ölçüde etkilendiğini ölçmektedir. Sosyal alt boyut ise infertilite nedeniyle etkilenen sosyal etkileşimlerin ne ölçüde olduğunu değerlendirmektedir.

Tedavi Modülünde; tedavi boyunca yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiş olup, tedavi çevresi (6 madde) ve tedavi tolerasyonu (4 madde) olmak üzere iki alt boyut ve toplam 10 soruyu içermektedir.

Tedavi evresi; toplamda 6 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyutta infertil çiftin sağlık hizmeti alıp almadığı, alınan sağlık hizmetinden ve sağlık ekibinin tutum – davranış ve iletişiminden memnuniyetini ölçmektedir.

Tedavi tolerasyonu; toplamda 4 sorudan oluşan bu alt boyutta, tedavinin ruh haline olan etkisi, tedavide ki işlemler ve uygulamaların karmaşıklığı, tedavinin günlük yaşantıya olan etkisi ölçülmektedir.

etinbaş ve arkadaşları 2014 yılında ölçeğin iç güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmiş ve ölçeğin iç güvenilirlik katsayısını Cronbach alfa 0,905 olarak hesaplamışlardır. [89]

3.5 Verilerin Toplanmasında İzlenecek Yol

T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı bünyesindeki tüp bebek ünitesinde, araştırmacı tarafından geliştirilen ve verilerin toplanmasında kullanılmış olan “Bilgi Formu” nun uygunluğu, 10 infertil birey üzerinde pilot çalışma yapılarak sınanmış ve gerekli değişiklikler yapılmıştır. Araştırma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden infertil bireylere öncelikle araştırmanın amacı, gizlilik koşulları, bilgi formu, ölçekler hakkında ayrıntılı bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu “ ile onamları alınmıştır. Veriler ünite içinde özel bir odada, karşılıklı görüşme yöntemi ile her bir bireyden ayrı ayrı elde edilmiştir.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolüne T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.07.2016 tarihinde onay verilmiştir (Onay no: 2011- KAEK-42).Araştırmanın yapılacağı ünitenin bağlı olduğu Anabilim Dalı Başkanlığı, araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili yazılı bilgilendirilmiş ve gerekli sözlü izin ve onam alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylerin her birinden de yazılı onam alınmıştır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 22 (Statistical Program For Social Sciences) paket programı ile değerlendirilmiştir. Veriler bilgisayar programına kaydedilmiş ve program aracılığıyla analiz edilmiştir. Bireylerin ve eşlerinin yaşı, öğrenim ve çalışma durumları, algılanan gelir durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, bu güne kadar en uzun süre yaşanan yerleşim yeri-bölgesi, aile tipi, yaşayan çocuk sayısı, çocuk isteme yılı, çocuk sahibi olamama nedeni, infertilite konusunda bilgi alma, infertilite problemi konusunda çevreden destek görme ve bu desteği yeterli görüp görmeme, çocuk sahibi olamamanın bireyleri ve

ailesine etki durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. Bağımlı değişkenlerimiz, RBSÖ ve FertiQol ölçekleri olmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile sınıanmıştır. Skewness-Kurtosis değerleri incelendiğinde, Tabashnik kriterlerine göre verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu verilerin doğrultusunda değişkenlerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. ANOVA (Analyze Of Variance) ve bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın sınırlılıkları arasında, veri toplama formunda yer alan infertilite nedeni, infertilitenin kendi ve ailelerini etkileme durumu gibi sorulara infertil bireylerin samimi ve gerçekçi yanıt vermemiş olma olasılığı sayılabilir. Yine çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş ve örneklem sayısının yetersiz olması nedeniyle sonuçlar, tüm infertil bireylere genellenemez.

3.9 Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Hastanede tüp bebek ünitesinin yeni açılmış ve IVF uygulamalarının yapılmıyor olması, başvuru sayısının sınırlı kalmasına neden olmuştur. Dolayısıyla bu durum araştırmamızda belirlenen vaka sayısına ulaşmayı güçleştirmiştir. Ayrıca araştırmanın gerçekleştirildiği zaman diliminde tüp bebek ünitesinde görevli olan tek bir uzman hekimin de hastaneden ayrılması, veri toplama sürecine kısa süreli de olsa ara verilmesine neden olmuştur.

4. BULGULAR

İnfertilite durumunun bireyin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ve tanımlayıcı özellikte olan çalışmanın verileri 4 bölüm halinde sunuldu.

4.1. Katılımcıların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol ölçeklerinden aldıkları puanlar ve bu puanlarla tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular

4.3. Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol ölçeklerinden aldıkları puanlarla obstetrik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular

4.4. RBSÖ ve FertiQol ölçekleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bulgular

4.1 Katılımcıların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, infertil bireylerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1 : İnfertil Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.

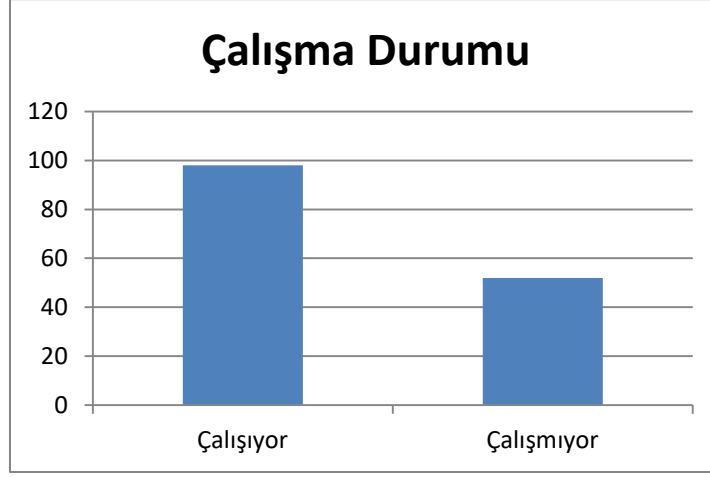
Tanıtıcı Özellikler	KADIN (n=100)		ERKEK (n= 50)		TOPLAM (N=150)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
20-25	27	27	7	14	34	22,7
26-30	47	47	28	56	75	50,0
31-35	18	18	7	14	25	16,6
36-40	5	5	8	16	13	8,7
>40	3	3	-	-	3	2,0
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar	15	15	2	4	17	11,3
Orta Öğrenim	15	15	8	16	23	15,3
Lise	42	42	11	22	53	35,4
Üniversite ve Üstü	28	28	29	58	57	38,0
En Uzun Süre Yaşadığı Yer						
Köy	7	7	-	-	7	4,7
Kasaba	12	12	-	-	12	8,0
İlçe	20	20	7	14	27	18,0
Şehir	61	61	43	86	104	69,3
En Uzun Süre Yaşadığı Bölge						
Akdeniz	16	16	-	-	16	10,7
Karadeniz	7	7	2	4	9	6,0
Doğu Anadolu	18	18	8	16	26	17,34
Marmara	29	29	31	62	60	40,0
Ege	10	10	4	8	14	9,3
İç Anadolu	10	10	5	10	15	10,0
Güneydoğu Anadolu	10	10	-	-	10	6,7
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	52	52	46	92	98	65,3
Çalışmıyor	48	48	4	8	52	34,7
Algılanan Gelir Durumu						
Gelir Giderden Fazla	4	4	3	6	7	4,6
Gelir Gidere Eşit	69	69	40	80	109	72,7
Gelir Giderden Az	27	27	7	14	34	22,7
Evlenme Biçimi						
Görücü Usulü/ İstemedenden	12	12	4	8	16	10,7
Görücü Usulü /İsteyerek	42	42	26	52	68	45,3
Flört Ederek	46	46	20	40	66	44,0
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	76	76	46	92	122	81
Geniş Aile	24	24	4	8	28	19

Çalışmaya katılan 150 infertil bireyin, %66,7'si (n=100) kadın iken %33,3'ü (n=50) erkekti.



Şekil 4.1 : İnfertil Bireylerin Yaşa Göre Dağılımı.

İnfertil bireylerin yaşlara göre dağılımları incelendiğinde; %22,7'si (n=34) 20-25 yaş aralığında iken %50'si (n=75) 26-30 yaş aralığında, %16,6'sı (n=25) 31-35 yaş aralığında, %8,7'si (n=13) 36-40 yaş aralığında olduğu ve %2'si (n=3) 40 yaşın üzerinde yaşa sahip olduğu saptandı. Kadınların ve erkeklerin çoğunluğu (sırasıyla %47,%56) 25-30 yaş aralığındaydı. Eğitim durumu açısından katılımcıların, %11,3'ü (n=17) okur-yazar, %15,3'ü (n=23) ortaöğretim, %35,4'ü (n=53) lise mezunu ve %38'i (n=57) üniversite ve üstü eğitime sahip oldukları belirlendi. Eğitim durumu açısından kadınların en fazla (%42) lise mezunu olduğu, erkeklerin ise %58 oranıyla üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü. En uzun süre yaşanan yerleşim yeri dağılımında, bireylerin %4,7'sinin (n=7) köy, %8'inin (n=12) kasaba, %18'inin (n=27) ilçe ve %69,3'ünün (n=104) şehir yer almaktaydı. Hem kadının (%61) hem erkeğin (%86) en uzun süre şehirde yaşadığı görüldü. En uzun süre yaşanan bölge açısından katılımcıların, %10,7'si (n=16) Akdeniz, %6'sı (n=9) Karadeniz, %17,3'ü (n=26) Doğu Anadolu, %40'ı (n=60) Marmara, %9,3'ü (n=14) Ege, %10'u (n=15) İç Anadolu, %6,7'si (n=10) Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşamaktaydı. En uzun süre yaşanan bölge, kadınlarda %29 erkeklerde ise %62 oranıyla Marmara Bölgesi idi.

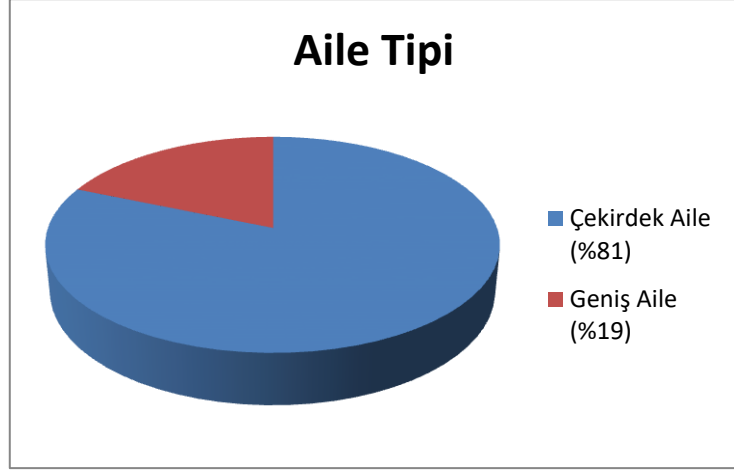


Şekil 4.2 : İnfertil Bireylerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.

İnfertil bireylerin %65,3'ü (n=98) herhangi bir işle çalışıyor, %34,7'si (n=52) çalışmıyordu. Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde, kadınların %52'si erkeklerin ise %92'si çalışmaktaydı.

Algılanan gelir durumunda, bireylerin %4,6'sında(n=7) gelirin giderden fazla, %72,7'sinde (n=109) gelirin gidere eşit olduğu ve %22,7'sinde (n=34) gelirin giderden az olduğu belirlendi. Algılanan gelir durumunda kadınlarda %69'unda erkeklerde ise %80'inde gelirin gidere eşit olduğu ifade edildi.

İnfertil bireylerin %10,7'si (n=16) görücü usulüyle/istemeyerek, %45,3'ü (n=68) görücü usulüyle/isteyerek, %44'ü (n=66) flört ederek evlendikleri saptandı. Evlenme biçiminde kadınların %46'sının flört ederek, erkeklerin ise %52'sinin görücü usulüyle/isteyerek evlendiği bulundu.



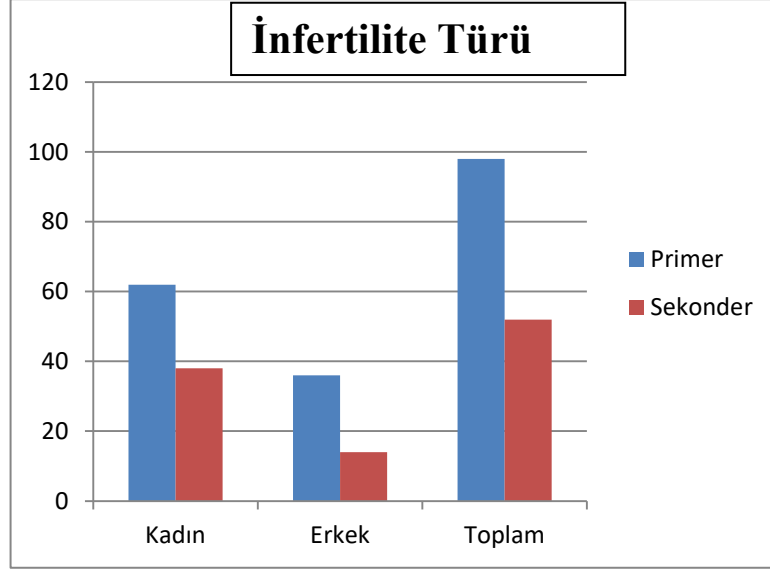
Şekil 4.3 : İnfertil Bireylerin Aile Tipine Göre Dağılımı.

İnfertil bireylerin %81'i (n=122) çekirdek aileye, %19'u (n=38) geniş aileye sahipti. Kadınların %76'sının erkeklerin ise %92'sinin çekirdek aile tipinde yaşadıkları görüldü.

Tablo 4.2 : İnfertil Bireylerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.

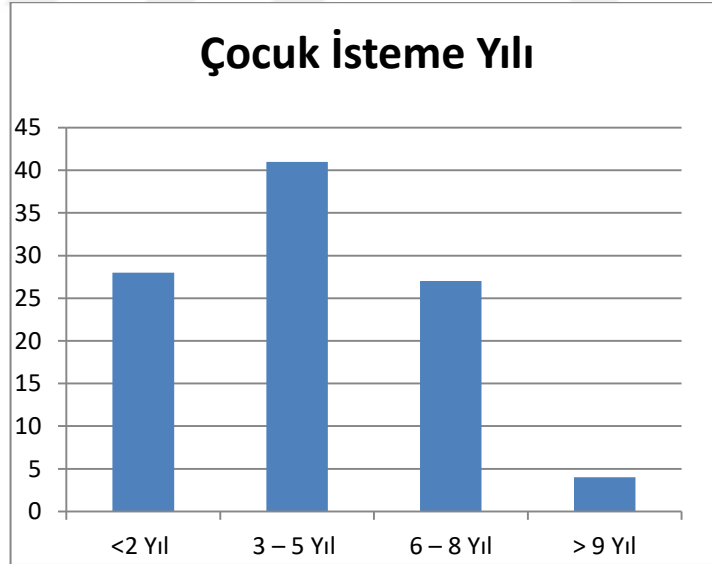
Özellikler	KADIN (n=100)		ERKEK (n=50)		TOPLAM (N=150)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayan Çocuk Sayısı						
0	62	62	36	72	98	65,3
1 çocuk	25	25	12	24	37	24,7
2 çocuk	12	12	-	-	12	8,0
3+ çocuk	1	1	2	4	3	2,0
Çocuk İsteme Yılı						
<2 Yıl	28	28	33	66	61	40,7
3 – 5 Yıl	41	41	10	20	51	34,0
6 – 8 Yıl	27	27	3	6	30	20,0
> 9 Yıl	4	4	4	8	8	5,3
Tedavi Süresi						
<1 yıl	77	77	31	62	108	72,0
2 – 4 yıl	15	15	7	14	22	14,7
5 – 6 yıl	3	3	5	10	8	5,3
7+ yıl	5	5	7	14	12	8,0
İnfertilite Nedeni						
Bilinmiyor	36	36	23	46	59	39,3
Kadına Bağlı	40	40	22	44	62	41,3
Erkeğe Bağlı	9	9	-	-	9	6,0
Hem Kadın Hem Erkeğe Bağlı	15	15	5	10	20	13,4
İnfertilite Etkisi						
Çok Üzülüyorum	45	45	12	24	57	38,0
Boşanmaktan Korkuyorum	5	5	-	-	5	3,3
Eşimden ve Ailemden Utanıyorum	3	3	-	-	3	2,0
Çok Mutsuzum	17	17	19	38	36	24,0
Hiçbir şey değişmedi	30	30	19	38	49	32,7

Tablo 2’de örnekleme oluşturan infertil bireylerin yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında; %65,3’ünün (n=98) çocuk sahibi olmadığı, %24,7’sinin (n=37) 1 çocuğa sahip, %8’inin (n=12) 2 ve %2’sinin (n=3) 3 çocuğa sahip olduğu görüldü. Yaşayan çocuk sayısı açısından, kadınların %62’si erkeklerin ise %72’si çocuk sahibi değildi.



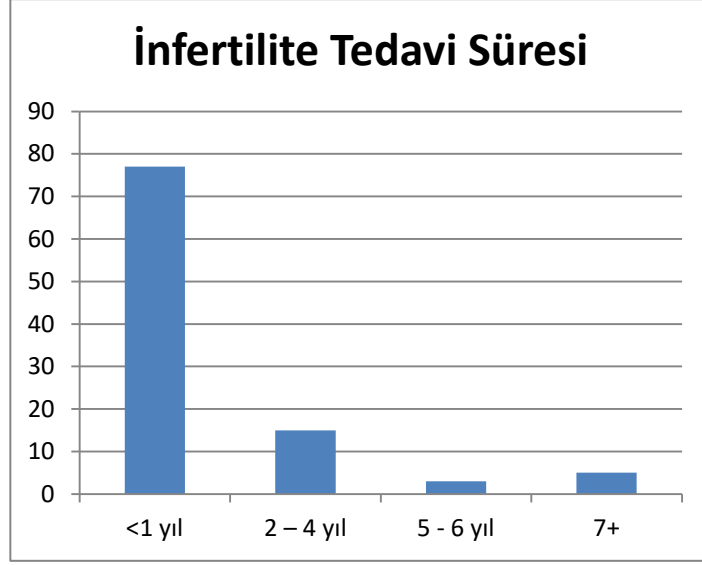
Şekil 4.4 : İnfertil Bireylerin İnfertilite Türüne Göre Dağılımı.

Katılımcılarda infertilite türü bakımından primer infertilite, kadınlarda %62, erkeklerde %72 oranındaydı. İnfertil bireylerin %65,3'ünün primer infertil olduğu saptandı.



Şekil 4.5 : İnfertil Bireylerin Çocuk İsteme Yılına Göre Dağılımı.

İnfertil bireylerde çocuk isteme yılı, %40,7'sinin (n=61) 2 yıldan daha kısa bir süre iken, %34'ünün (n=51) 3-5 yıl, %20'sinin (n=30) 6-8 yıl aralığında ve %5,3'ünün (n=8) 9 yıldan uzun olduğu görüldü.



Şekil 4.6 : Bireylerin İnfertilite Tedavi Süresine Göre Dağılımı.

Bireylerin infertilite tedavi süresi, %72'sinin (n=108) 1 yıldan daha kısa süre iken, %14,7'sinin (n= 22) 2-4 yıl,%5,3'ünün (n= 8) 5-6 yıl aralığında ve %8'inin (n=12) 7 yıldan uzun olduğu görüldü. İnfertilite tedavi süresinin kadınların %77'sinde ve erkeklerin %62'sinde 1 yıldan kısa olduğu saptandı.

Katılımcıların infertilite nedenine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, %39,3'ü (n=59) nedenini bilmediğini, %41,3'ü (n=62) kadına, %6'sı (n=9) erkeğe ait neden olduğunu ve %13,4'ü ise (n=20) eşlerin her ikisinden kaynaklanan sorun olduğunu belirttikleri saptandı. İnfertilitenin birey üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, %38'inin (n=57) çok üzülüğünü, %3,3'ünün (n=5) boşanmaktan korktuğunu, %2'sinin (n=3) eşinden ve ailesinden utandığını, %24'ünün (n=36) çok mutsuz olduğunu ve %32,7'sinin (n=49) hayatlarında hiçbir şeyin değişmediğini ifade ettiği görüldü. Cinsiyet açısından en fazla belirtilen duygu, kadınlarda %45, erkeklerde %24 oranıyla “Çok üzücü” bir deneyim olduğu idi. Erkek katılımcıların “Boşanmaktan korkuyorum” ve “Eşimden ve ailemden utanıyorum” maddelerini hiç işaretlemedikleri bulguları.

4.2 Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanlarla Tanıtıcı Özellikler Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

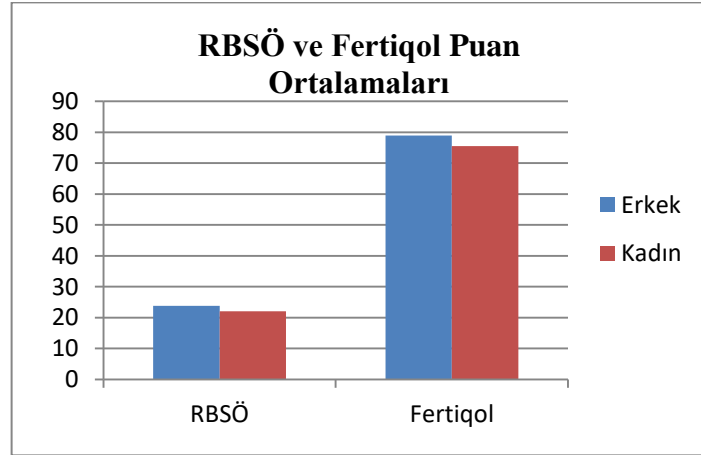
Bu bölümde, infertil bireylerin RBSÖ ve FertiQol ölçeklerinden aldıkları puanlar ve tanıtıcı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 4.3 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamaları ve Cinsiyetler Arası İlişki.

	KADIN (n=100)			ERKEK (n= 50)			TOPLAM (N=150)			P
	Min	Max	Ort±SS	Min	Max	Ort±SS	Min	Max	Ort±SS	
RBSÖ Puan Ort*	18	27	23,05±6,95	23	26	23,84±4,38	18	27	23,31±6,93	0,049
FertiQol Puan Ort*	35,75	97,68	75,45±6,16	69,28	87,65	78,89±4,86	35,75	97,68	76,63±6,86	0,001

*=Bağımsız örneklem t-Testi $p<0,05$

Tablo 3 incelendiğinde; infertil bireylerde RBSÖ puan ortalaması 23,31±6,93 (min.18 - max.27 puan) ve FertiQol puan ortalaması 76,63±6,86 (min.35,75- max.97,68) idi.



Şekil 4.7 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı.

Bireylerin cinsiyet açısından RBSÖ ve FertiQol puan ortalamaları incelendiğinde; RBSÖ puan ortalaması kadınlarda 23,05±6,95 (min.18– max.27), erkeklerde 23,84±4,38 (min.23–max.26) idi. FertiQol puan

ortalaması, kadınlarda 75,45±6,16 (min.35,75–max.97,68), erkeklerde 78,89±4,86 (min.69,28- max.87,65) bulundu.

Katılımcılarda cinsiyetler arası RBSÖ ve FertiQol puan ortalamaları kıyaslandığında; RBSÖ açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,049), FertiQol açısından da ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı (p=<0,001). Her iki ölçekte de erkeklerin kadınlara göre puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.4 : İnfertil Bireylerin FertiQol Alt Boyut Puanlarının Cinsiyetler Arasındaki İlişkisi.

FertiQol Alt Boyutları	Kadın (n=100)			Erkek (n= 50)			p
	Min	Max	Ort ± SS	Min	Max	Ort ± SS	
TOPLAM*	35,75	97,68	75,45±6,16	69,28	87,65	78,89±4,86	<0,001
ÇEKİRDEK*	33,33	96,59	73,06±6,08	64,47	85,61	75,48±3,75	0,032
Duygusal	33,04	96,69	73,98 ±6,77	64,54	85,75	75,59±3,57	
Zihin/Beden	33,82	96,42	73,08±5,56	65,61	85,47	75,82±4,52	
İlişkisel	33,96	96,03	73,46±7,15	63,40	85,28	75,37±5,58	
Sosyal	33,51	96,71	73,71± 5,35	64,33	85,94	75,14± 5,34	
TEDAVİ* MODÜLÜ	38,17	98,77	77,84±6,73	74,09	89,69	82,30±4,87	0,015
Tedavi ÇevresiTedavi Tolerasyonu	37,92 38,68	98,59 98,89	77,46±4,31 77,92±4,74	70,56 77,62	88,21 91,17	80,07±3,14 84,53±4,54	

*Bağımsız Örneklem t Testi

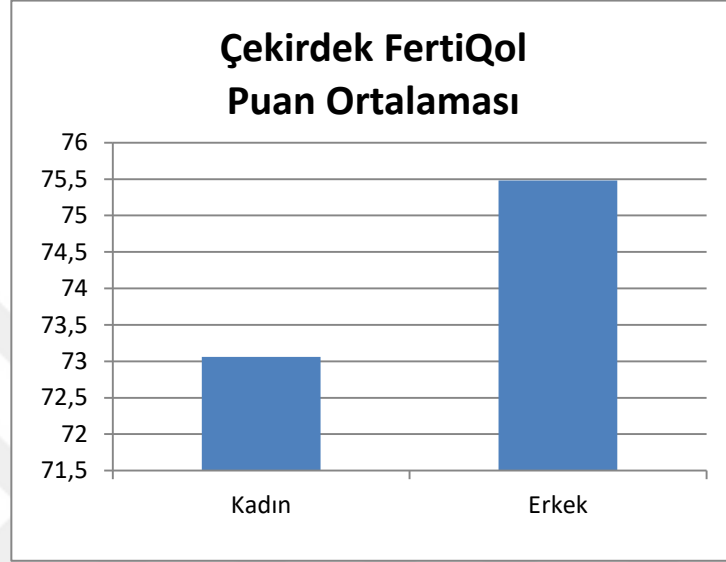
p<0,05

İnfertil bireylerde FertiQol ölçeğinin “Çekirdek FertiQol” alt ölçek puanı, kadınlarda ortalama 73,06±6,08 (min.33,33-, max.96,59),erkeklerde ise 75,48±3,75 (min.64,47-max.85,61) bulundu.

FertiQol ölçeğinin **Çekirdek FertiQol ölçeğinin** alt kategori puanları değerlendirildiğinde, “Duygusal alt boyut” ortalama puanı, kadınlar için73,98±6,77 (min.33,04- max.96,69) erkekler için75,59±3,57 (min.64,54-max.85,75) bulgalandı.“Zihin-beden alt boyut” ortalama puanı, kadınlar için 73,08±5,56 (min.33,82-max.96,42) erkekler için 75,82±4,52 (min.65,61-max.85,47) saptandı. “İlişkisel alt boyut” ortalama puanları, kadınlarda 73,46±7,15 (min.33,96-max.96,03), erkeklerde 75,37±5,58 (min.63,40-max.85,28) olarak belirlendi. “Sosyal alt boyut” ortalama puanı kadınlarda

73,71±5,35 (min.33,51-max.96,71) erkeklerde 75,14±5,34 (min.64,33-max.85,94) olarak bulundu.

Ölçeğin **Çekirdek FertiQol** alt boyut ortalamalarının cinsiyetler arasında ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,032$). **Çekirdek FertiQol** puanı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu görüldü.

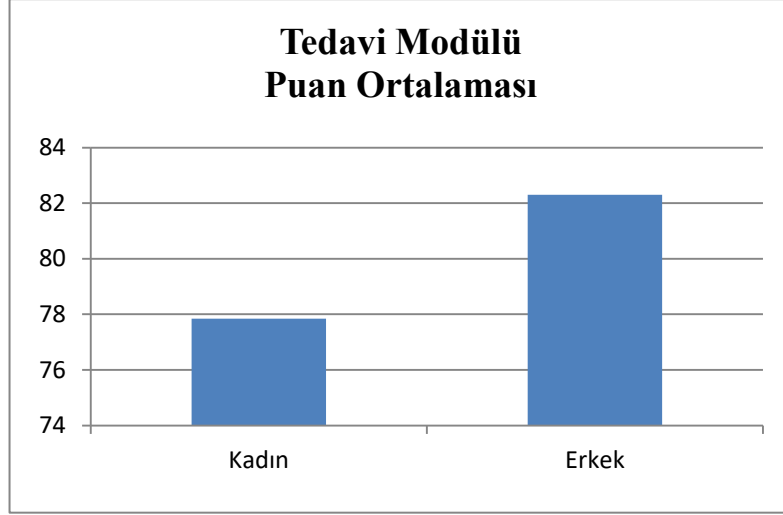


Şekil 4.8 : Çekirdek FertiQol Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı.

Katılımcıların FertiQol Tedavi Modülü puan ortalaması, kadınlarda 77,84±6,73 (min.38,17-max.98,77), erkeklerde ise 82,30±4,87 (min.74,09-max.89,69) idi.

FertiQol **Tedavi Modülü alt boyut** puan ortalamaları değerlendirildiğinde; “Tedavi çevresi” kadınlarda 77,46±4,31 (min.37,92-max.98,59), erkeklerde 80,07±3,14 (min.70,56-max.88,21) idi. “Tedavi tolerasyonu” kadınlarda 77,92±4,74 (min.38,68-max.98,89), erkeklerde 84,53±4,54 (min.77,62-max.91,17) olarak bulgulandı.

FertiQol ölçeğinin Tedavi Modülü alt boyut puan ortalamalarının cinsiyetler arasında ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,015$). Erkek olgularda Tedavi Modülü puanları kadınlara oranla daha yüksek bulundu.



Şekil 4.9 : Tedavi Modülü Puan Ortalamasının Cinsiyete Göre Dağılımı.

Tablo 4.5 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.

Tanıtıcı Özellikler	N=150				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±SS	p
Yaş **					
20-25	34	23,71±3,83	0,599	82,32±3,94	0,870
26-30	75	23,02±1,31		73,96±5,38	
31-35	25	23,60±2,51		73,65±5,31	
36-40	13	23,14±2,14		78,20±4,14	
>40	3	22,33±3,28		74,17±3,24	
Eğitim Durumu **					
Okur-Yazar	17	22,64±4,47	0,273	63,91±6,51	<0,001
Orta Öğrenim	23	22,21±3,16		65,94±4,66	
Lise	53	23,41±3,93		79,20±5,32	
Üniversite ve Üstü	57	23,89±2,37		82,34±3,88	
En Uzun Süre Yaşadığı Yer**					
Köy	7	22,14±5,17	0,187	66,09±4,88	0,029
Kasaba	12	22,08±3,83		62,73±4,62	
İlçe	27	23,14±4,61		72,61±4,81	
Şehir	104	23,57±6,13		79,98±3,94	
En Uzun Süre Yaşadığı Bölge**					
Akdeniz	16	23,50±2,96	<0,001	83,03±5,53	0,680
Karadeniz	9	23,55±3,51		78,75±6,92	
Doğu Anadolu	26	22,67±3,91		73,64±5,39	
Marmara	60	23,76±2,66		81,56±5,81	
Ege	14	23,78±3,18		82,67±6,33	
İç Anadolu	15	22,86±4,71		71,69±5,95	
Güneydoğu Anadolu	10	21,50±3,63		41,52±2,73	
Çalışma Durumu*					
Çalışıyor	98	23,73±3,76	0,009	79,97±5,27	0,059
Çalışmıyor	52	22,51±2,31		70,32±3,64	
Algılanan Gelir Durumu **					
Gelir Giderden Fazla	7	23,71±4,93	0,893	78,72±5,39	0,220
Gelir Gidere Eşit	109	23,51±2,91		81,41±5,11	
Gelir Giderden Az	34	22,58±3,82		68,94±4,73	
Aile Tipi*					
Çekirdek Aile	122	23,44±3,32	0,021	78,39±3,94	0,284
Geniş Aile	28	22,75±2,83		68,96±2,17	

**Tek Yönlü Varyans Analizi-F testi

*Bağımsız örneklem t testi

p<0,05

Tablo 5'te yaş grupları açısından RBSÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bireylerin 20-25 yaş grubunda 23,71±3,83 puan, 26-30 yaş grubunda 23,02±1,31 puan, 31-35 yaş grubunda 23,60±2,51 puan, 36-40 yaş grubunda 23,14±2,14 puan ve 41 yaş üstünde 22,23±3,28 puan aldıkları görüldü. Katılımcıların yaş grupları ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p=0,599).

Katılımcıların yaş grupları açısından FertiQol puan ortalamaları, 20-25 yaş grubunda 82,32±3,94 puan, 26-30 yaş grubunda 73,96±5,38 puan, 31-35 yaş grubunda 73,65±5,31 puan, 36-40 yaş grubunda 78,20±4,14 puan ve 41 yaş

üstünde $74,17 \pm 3,24$ puan idi. Bireylerin yaş grupları açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,870$).

Katılımcıların eğitim durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bireylerin okur-yazar düzeyinde $22,64 \pm 4,47$ puan, ortaöğretim düzeyinde $22,21 \pm 3,16$ puan, lise düzeyinde $23,41 \pm 3,93$ puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde $23,89 \pm 2,37$ puan idi. Bireylerin eğitim durumu ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,273$).

İnfertil bireylerin eğitim durumu ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, okur-yazar düzeyinde $63,91 \pm 6,51$ puan, ortaöğrenim düzeyinde $65,94 \pm 4,66$ puan, lise düzeyinde $79,20 \pm 5,32$ puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde $82,34 \pm 3,88$ puan idi. Bireylerin eğitim durumu açısından FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzey anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,001$).

Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; köyde yaşayanlarda $22,14 \pm 5,17$ puan, kasabada yaşayanlarda $22,08 \pm 3,83$ puan, ilçede yaşayanlarda $23,14 \pm 4,61$ ve şehirde yaşayanlarda $23,57 \pm 6,13$ puan olduğu görüldü. Bireylerin yerleşim yeri ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı ($p=0,187$).

Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişkide, köyde yaşayanlarda $66,09 \pm 4,88$ puan, kasabada yaşayanlarda $62,73 \pm 4,62$ puan, ilçede yaşayanlarda $72,61 \pm 4,81$ puan ve şehirde yaşayanlarda $79,98 \pm 3,94$ puan aldıkları bulguları. Bireylerin yerleşim yeri ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,029$).

Bireylerin en uzun süre yaşadıkları bölge ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Akdeniz $23,50 \pm 2,96$ puan, Karadeniz $23,55 \pm 3,51$ puan, Doğu Anadolu $22,67 \pm 3,91$ puan, Marmara $23,76 \pm 2,66$ puan, Ege $23,78 \pm 3,18$ puan, İç Anadolu $22,86 \pm 4,71$ puan ve Güneydoğu Anadolu $21,50 \pm 3,63$ puan idi. Yaşanılan bölge ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı

($p < 0,001$). Bireylerin bölge grupları incelendiğinde, RBSÖ ortalama puanını Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşayanlarda diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulundu.

Bireylerin en uzun süre yaşadıkları bölge ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Akdeniz $83,03 \pm 5,33$ puan, Karadeniz $78,75 \pm 6,92$ puan, Doğu Anadolu $73,64 \pm 5,39$ puan, Marmara $81,56 \pm 5,81$ puan, Ege $82,67 \pm 6,33$ puan, İç Anadolu $71,69 \pm 5,95$ puan ve Güneydoğu Anadolu $41,52 \pm 2,73$ puan idi. Yaşanılan bölge ile FertiQol ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0,680$).

Katılımcıların çalışma durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çalışan grubun $23,73 \pm 3,76$ puana, çalışmayan grubun $22,51 \pm 2,31$ puana sahip oldukları bulundu. Bireylerin çalışma durumu ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = 0,009$). Çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulundu.

Çalışma durumu açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, katılımcılarda çalışan grubun $79,97 \pm 5,27$ puan ve çalışmayan grubun $70,32 \pm 3,64$ puan aldıkları görüldü. Bireylerin çalışma durumu ile FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0,059$).

İnfertil bireylerin algılanan gelir durumu ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; gelirin giderden fazla olanlarda ortalama puan, $23,71 \pm 4,93$ gelirin gidere eşit olanlarda $23,51 \pm 2,91$ ve gelirin giderden az olanlarda $22,58 \pm 3,82$ idi. Bireylerin algılanan gelir durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0,893$).

Katılımcıların algılanan gelir durumu açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, bireylerin gelirin giderden fazla olanlarda puan ortalaması $78,72 \pm 5,39$, gelirin gidere eşit olanlarda $81,41 \pm 5,11$ ve gelirin giderden az olanlarda $68,94 \pm 4,73$ olarak bulundu. Bireylerin algılanan gelir durumu ile FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0,220$).

Bireylerin aile tipi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çekirdek ailede yaşayanların $23,44 \pm 3,32$ ortalama puana, geniş ailede yaşayanların $22,75 \pm 2,83$ ortalama puana sahip olduğu belirlendi. Aile tipi açısından RBSÖ ortalama puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,021$).

Katılımcıların aile tipi açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çekirdek ailede yaşayanların $78,39 \pm 3,94$ ortalama puana, geniş ailede yaşayanların $68,96 \pm 2,17$ puanasahip oldukları görüldü. Aile tipi açısından FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,284$).



Tablo 4.6 : İnfertil Kadınların RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.

Tanıtıcı Özellikler	Kadın (N=100)				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±S	p
Yaş Grupları **					
20-25 yaş arası	27	23,48±2,65	0,783	83,17±4,63	0,200
26-30 yaş arası	47	22,68±3,81		71,34±4,84	
31-35 yaş arası	18	23,50±3,93		73,54±4,26	
36-40 yaş arası	5	23,00±1,31		80,75±3,18	
41 yaş ve üstü	3	22,33±3,28		74,17±3,24	
Eğitim Durumu **					
Okur-Yazar	15	22,14±2,84	0,060	62,92±3,52	<0,001
Orta Öğrenim	15	21,08±3,91		60,66±4,87	
Lise	42	23,19±4,08		79,11±4,26	
Üniversite ve Üstü	28	23,89±3,10		84,76±4,32	
Çalışma Durumu *					
Çalışıyor	52	23,67±2,81	<0,001	81,24±4,69	0,034
Çalışmıyor	48	22,37±2,09		69,29±4,61	
Evlilik Biçimi **					
Görücü Usulü/İstemededen	12	21,91±1,92	0,001	60,08±5,14	0,104
Görücü Usulü / İsteyerek	42	22,78±3,91		82,85±4,06	
Flört Ederek	46	23,58±2,63		71,85±3,98	
Aile Tipi *					
Çekirdek Aile	76	23,17±2,14	0,015	77,77±5,85	0,007
Genç Aile	24	22,16±2,08		68,30±4,92	

**Tek Yönlü Varyans Analizi-F Testi *Bağımsız örneklem t-Testi p<0,05

Tablo 6'da yaş grupları açısından RBSÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların 20-25 yaş grubunda 23,48±2,65 puan, 26-30 yaş grubunda 22,68±3,81 puan, 31-35 yaş grubunda 23,50±3,93 puan, 36-40 yaş grubunda 23,00±1,31 puan ve 41 yaş üstünde 22,33±3,28 puan aldıkları görüldü. Katılımcıların yaş grupları ile RBSÖ ortalama puanları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı(p=0,783).

Kadınların yaş grupları açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; kadınların 20-25 yaş grubunda 83,17±4,63 puana, 26-30 yaş grubunda 71,34±4,84 puana, 31-35 yaş grubunda 73,54±4,26 puana, 36-40 yaş grubunda 80,75±3,18 puana ve 41 yaş üstünde 74,17±3,24 puana sahip oldukları bulguları. Bireylerin yaş grupları ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,200).

Kadınlarda eğitim durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların okur-yazar düzeyinde 22,14±2,84 puan, ortaöğretim düzeyinde 21,08±3,91 puan, lise düzeyinde 23,19±4,08 puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde 23,89±3,10 puan aldığı saptandı.

Kadınların eğitim durumu ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,060$).

Kadınlarda eğitim durumu ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, okur-yazar düzeyinde $62,92\pm3,52$ puan, ortaöğrenim düzeyinde $60,66\pm4,87$ puan, lise düzeyinde $79,11\pm4,26$ puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde $84,76\pm4,32$ puan idi. Kadınların eğitim durumu ile FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzey anlamlı farklılık bulundu ($p=<0,001$).

Kadınların çalışma durumu ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çalışan grubun puan ortalaması $23,67\pm2,81$ çalışmayan grubun $22,37\pm2,09$ idi. İki grup arasında RBSÖ puan ortalamaları açısından ileri düzey anlamlı fark saptandı ($p=<0,001$).

Kadınların çalışma durumu ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çalışan grubun puan ortalaması $81,24\pm4,69$ çalışmayan grubun $69,28\pm4,61$ idi. İki grup arasında FertiQol puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,034$). Çalışan kadınların çalışmayan kadınlara oranla hem RBSÖ puan ortalamalarının hem de FertiQol puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.

Kadınlarda evlenme biçimi ile RBSÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; görücü usulü ile istemeden evlenenlerin $21,91\pm1,92$ puan görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin $22,78\pm3,91$ puan ve flört ederek evlenenlerin $23,58\pm2,63$ puan aldıkları bulguları. Kadınların evlenme şekli ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptandı($p=0,001$).

Kadınların evlenme biçimi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, görücü usulü ile istemeden evlenenlerin $60,08\pm5,14$ puan, görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin $82,85\pm4,06$ puan ve flört ederek evlenenlerin $71,85\pm3,98$ puan aldıkları bulguları. Kadınların evlenme şekli ile FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı($p=0,104$). Evlenme şekline her iki ölçek açısından bakıldığında, “görücü usulüyle/istemeden” evlenenlerin hem RBSÖ puan ortalamalarının hem de FertiQol puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu görüldü.

Aile tipi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çekirdek aile grubunda puan ortalaması $23,17\pm2,14$, geniş aile grubunda puan

ortalaması $22,16 \pm 2,08$ idi. Aile tipi ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,015$).

Aile tipi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çekirdek aile grubunda $77,77 \pm 5,85$ puan, geniş aile grubunda $68,30 \pm 4,92$ puan idi. Aile tipi ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). Gruplara bakıldığında, her iki ölçek puan ortalamasının “geniş aile” biçiminde yaşayan kadınlarda “çekirdek aile” biçimine sahip kadınlara göre daha düşük olduğu bulundu.

Tablo 4.7 : İnfertil Erkeklerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırması.

Tanıtıcı Özellikler	Erkek (N=50)				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±SS	p
Yaş Grupları **					
20-25 yaş arası	7	24,28±1,31	0,302	80,67±6,66	0,201
26-30 yaş arası	28	23,75±3,19		80,32±5,38	
31-35 yaş arası	7	24,00±1,03		77,45±5,11	
36-40 yaş arası	8	23,62±1,47		73,58±4,98	
Eğitim Durumu **					
Okur-Yazar	2	23,50±3,48	0,710	71,34±1,38	0,014
Orta Öğrenim	8	23,27±2,91		74,04±2,88	
Lise	11	24,27±3,54		79,55±3,49	
Üniversite ve Üstü	29	23,82±3,12		80,01±4,11	
Çalışma Durumu *					
Çalışıyor	46	24,25±2,59	0,002*	78,55±2,88	0,201
Çalışmıyor	4	23,80±1,68		79,12±1,30	
Evlilik Biçimi **					
Görücü Usulü / İstemeden	4	23,50±4,39	0,064	75,81±2,61	0,163
Görücü Usulü / İsteyerek	26	23,76±5,18		79,97±3,09	
Flört Ederek	20	24,00±4,77		78,10±3,01	
Aile Tipi *					
Çekirdek Aile	46	24,89±4,94	0,109	79,41±4,10	0,008
Geniş Aile	4	23,25±2,88		72,91±2,31	

**Tek Yönlü Varyans Analizi-F testi * Bağımsız örneklem t-Testi $p < 0,05$

Tablo 7 incelendiğinde; infertil erkeklerde yaş grupları ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, bireylerin 20-25 yaş grubunda $24,28 \pm 1,31$ puan, 26-30 yaş grubunda $23,75 \pm 3,19$ puan, 31-35 yaş grubunda $24,00 \pm 1,03$ puan ve 36-40 yaş grubunda $23,62 \pm 1,47$ puan aldıkları görüldü. Katılımcıların yaş grupları açısından RBSÖ ortalama puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,302$).

Erkek katılımcılarda yaş grupları ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, bireylerin 20-25 yaş grubunda $80,67 \pm 6,66$ puan, 26-30 yaş grubunda $80,32 \pm 5,38$ puan, 31-35 yaş grubunda $77,45 \pm 5,11$ puan ve 36-40 yaş grubunda $73,58 \pm 4,98$ puan idi. Katılımcıların yaş grupları açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,201$).

İnfertil erkeklerde eğitim durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, erkeklerin okur-yazar düzeyinde $23,50 \pm 3,48$ puan, ortaöğretim düzeyinde $23,27 \pm 2,91$ puan, lise düzeyinde $24,27 \pm 3,54$ puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde $23,82 \pm 3,12$ puan idi. Erkeklerin eğitim durumu açısından RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,710$).

Erkeklerde eğitim durumu açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, okur-yazar düzeyinde $71,34 \pm 1,38$ puan, ortaöğrenim düzeyinde $74,04 \pm 2,88$ puan, lise düzeyinde $79,55 \pm 3,49$ puan, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde $80,01 \pm 4,11$ puan idi. Erkeklerin eğitim durumu açısından FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,014$). Eğitim durumu gruplarına bakıldığında en düşük yaşam kalitesine sahip grubun okur-yazar eğitim düzeyindeki grup olduğu görüldü.

Katılımcıların çalışma durumu ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, çalışan grubun puan ortalaması $24,25 \pm 2,59$ çalışmayan grubun $23,80 \pm 1,68$ idi. İki grup arasında RBSÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptandı ($p=0,002$).

Katılımcıların çalışma durumu ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çalışan grubun puan ortalaması $78,55 \pm 2,88$ çalışmayan grubun $79,12 \pm 1,30$ idi. İki grup arasında FertiQol puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,201$).

İnfertil erkeklerde evlenme biçimi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; erkeklerde görücü usulü ile istemeden evlenenlerin $23,50 \pm 4,39$ puan, görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin $23,76 \pm 5,18$ puan ve flört ederek evlenenlerin $24,00 \pm 4,77$ puan aldıkları bulguları. Erkeklerin evlenme şekli ile RBSÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,064$).

Erkeklerde evlenme biçimi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, erkeklerde görücü usulü ile istemeden evlenenlerin $75,81 \pm 2,61$ puan, görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin $79,97 \pm 3,09$ puan ve flört ederek evlenenlerin $78,10 \pm 3,01$ puan aldıkları görüldü. Erkeklerin evlenme şekli ile FertiQol ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,163$).

İnfertil erkeklerde aile tipi açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, çekirdek aile grubu puan ortalaması $24,89 \pm 4,94$ geniş aile grubu puan ortalaması $23,25 \pm 2,88$ idi. Erkeklerde aile tipi ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,109$).

Erkeklerde aile tipi açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çekirdek ailede yaşayanlarda $79,41 \pm 4,10$ puan, geniş ailede yaşayanlarda $72,91 \pm 2,31$ puan idi. Aile tipi ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,008$).

4.3 Katılımcıların RBSÖ ve FertiQol Ölçeklerinden Aldıkları Puanlarla Obstetrik Özellikler Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

Bu bölümde, infertil bireylerin RBSÖ ve FertiQol ölçek puanlarıyla obstetrik ve infertilite özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen veriler yer almaktadır.

Tablo 4.8 : İnfertil Bireylerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırması.

Özellikler	N=150				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±S	p
Yaşayan Çocuk Sayısı **					
0	98	23,59±3,82	0,054	79,32±5,05	0,069
1 çocuk	37	22,83±2,33		75,25±4,03	
2 çocuk	12	22,58±3,22		59,39±1,02	
3+ çocuk	3	23,00±0,50		74,47±3,40	
İnfertilite Türü *					
Primer	98	23,59±3,82	0,046	79,32±5,05	0,049
Sekonder	52	22,78±1,32		71,55±2,47	
Çocuk İsteme Yılı **					
<2 Yıl	61	23,53±2,03	0,865	77,74±4,11	0,006
3 – 5 Yıl	51	22,91±3,80		77,35±4,83	
6 – 8 Yıl	30	22,85±1,54		77,27±2,09	
> 9 Yıl	8	22,88±0,93		77,10±1,09	
Tedavi Süresi **					
<1 yıl	108	23,37±4,28	0,614	76,96±5,71	0,951
2 – 4 yıl	22	23,27±1,91		75,38±4,03	
4 – 6 yıl	8	23,25±2,20		76,48±1,39	
7+	12	22,83±5,50		76,02±1,29	
İnfertilite Nedeni **					
Bilinmiyor	59	23,28±5,93	0,770	77,43±5,22	0,889
Kadına Bağlı	62	23,27±5,34		76,56±1,39	
Erkeğe Bağlı	9	23,77±2,41		75,31±1,94	
Hem Kadın Hem Erkeğe Bağlı	25	23,30±4,17		75,03±2,69	
İnfertilite Etkisi **					
Çok Üzülüyorum	57	22,92±4,79	0,005	75,23±4,33	0,018
Boşanmaktan Korkuyorum	5	23,00±1,02		60,01±6,40	
Eşimden ve Ailemden Utanıyorum	3	22,33±2,30		76,94±5,80	
Çok Mutsuzum	36	23,30±3,09		77,22±4,85	
Hiçbir şey değişmedi	49	23,85±4,11		79,50±4,28	

** Tek Yönlü Varyans Analizi-F testi * Bağımsız örneklem t-Testi p<0,05

Tablo 8 incelendiğinde; infertil bireylerde sahip olunan çocuk sayısı açısından RBSÖ puan ortalamaları, çocuğu olmayan bireylerde 23,59±3,82 puan, 1 çocuklu bireylerde 22,83±2,33 puan, 2 çocuklu bireylerde 22,58±3,22 puan ve 3 çocuklu bireyde 23,00±5,50 puan olarak bulundu. İnfertil bireylerde sahip

olunan çocuk sayısı ile RBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,054$).

Bireylerde sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çocuğu olmayan bireylerde $79,32\pm5,05$ puan, 1 çocuklu bireylerde $75,25\pm4,03$ puan, 2 çocuklu bireylerde $59,39\pm1,02$ puan ve 3 çocuklu bireyde $74,47\pm3,4$ puan idi. İnfertil bireylerde sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,069$).

İnfertil bireylerde infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, primerde $23,59\pm3,82$ puan, sekonderde $22,78\pm1,32$ puan olarak bulgalandı. Katılımcılarda infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,046$).

İnfertil bireylerde infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, primerde $79,32\pm5,05$, sekonderde $71,55\pm2,47$ puan olarak bulundu. İnfertil bireylerde infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,049$). Katılımcılarda infertilite değerlendirildiğinde, primer infertil bireylerin hem RBSÖ hem de FertiQol puan ortalamaları sekonder gruba göre daha yüksek olduğu bulgalandı.

İnfertil bireylerde, çocuk isteme yılı açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 2 yıldan az olan bireylerde $23,53\pm2,03$ puan, 3-5 yıl aralığında olan bireylerde $22,91\pm3,80$ puan, 6-8 yıl aralığında olan bireylerde $22,85\pm1,54$ puan ve 9 yıldan uzun olan bireylerde $22,88\pm0,93$ puan idi. Bireylerde çocuk isteme yılı ve RBSÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulgulanmadı ($p=0,865$).

Bireylerde çocuk isteme yılı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, 2 yıldan az olan bireylerde $77,74\pm4,11$ puan, 3-5 yıl aralığında olan bireylerde $77,35\pm4,83$ puan, 6-8 yıl aralığında olan bireylerde $77,27\pm2,09$ puan ve 9 yıldan uzun olan bireylerde $77,10\pm1,09$ puan idi. Bireylerde çocuk isteme yılı ile FertiQol ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,006$).

Katılımcılarda, infertilite tedavi süresi açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 1 yıldan kısa olan bireylerde $23,37\pm 4,28$ puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde $23,27\pm 1,91$ puan, 4-6 yıl aralığındaki bireylerde $23,25\pm 2,20$ puan ve 7 yıldan uzun süren bireylerde $22,83\pm 5,50$ puan idi. Bireylerin infertilite tedavi süresi ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,614$).

Bireylerde infertilite tedavi süresi açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, 1 yıldan kısa olan bireylerde $76,96\pm 5,71$ puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde $75,38\pm 4,03$ puan, 4-6 yıl aralığındaki bireylerde $76,48\pm 1,39$ puan, ve 7 yıldan uzun süren bireylerde $76,02\pm 1,29$ puan idi. Bireylerin infertilite tedavi süresi ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,951$).

İnfertil bireylerde, infertilite nedeni ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; infertilite nedeni bilinmeyen grupta $23,28\pm 5,93$ puan, kadına ait olduğu düşünülen grupta $23,27\pm 5,34$ puan, erkeğe ait olduğu düşünülen grupta $23,77\pm 2,41$ puan, eşlerin her ikisinden kaynaklandığı düşünülen grupta $23,30\pm 4,17$ puan olarak hesaplandı. İnfertilite nedeni açısından RBSÖ ortalama puanlar arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,770$).

Katılımcılarda infertilite nedeni açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, infertilite nedeni bilinmeyen kişilerde $77,43\pm 5,22$ puan, kadından kaynaklanan bireylerde $76,56\pm 1,39$ puan, erkekten kaynaklanan bireylerde $75,31\pm 1,94$ puan, eşlerin her ikisinden kaynaklanan bireylerde $75,03\pm 2,69$ puan aldıkları bulguları. İnfertilite nedeni ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,889$).

İnfertil bireylerde, infertilite etkisi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çok üzüldüğünü ifade edenlerde $22,92\pm 4,79$ puan, boşanmaktan korktuğunu ifade edenlerde $23,00\pm 1,02$ puan, eşinden ve ailesinden utandığını söyleyenlerde $22,33\pm 2,30$ puan, çok mutsuz olduğunu söyleyenlerde $23,30\pm 3,09$ puan ve hayatlarında hiçbir şey değişmediğini ifade edenlerde $23,85\pm 4,11$ puan idi. Bireylerin infertilite etkileri açısından RBSÖ

ortalama puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,005$).

Katılımcılarda infertilite etkisi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çok üzüldüğünü ifade edenlerde $75,23\pm4,33$ puan, boşanmaktan korktuğunu ifade edenlerde $60,01\pm6,40$ puan, eşinden ve ailesinden utandığını söyleyenlerde $76,94\pm5,80$ puan, çok mutsuz olduğunu söyleyenlerde $77,22\pm4,85$ puan ve hayatlarında hiçbir şey değişmediğini ifade edenlerde $79,50\pm4,28$ puan aldığı görüldü. Bireylerin infertilite etkileri açısından FertiQol ortalama puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,018$).

Tablo 4.9 : İnfertil Kadınların RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırılması.

Özellikler	KADIN N=100				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±SS	p
Yaşayan Çocuk Sayısı **					
0	62	23,37±2,18	0,051	78,73±4,69	0,862
1 çocuk	25	22,48±2,86		75,24±3,24	
2 çocuk	12	22,58±3,22		59,39±1,02	
3+ çocuk	1	23,00±0,50		74,43±0,30	
İnfertilite Türü *					
Primer	62	23,37±2,18	0,031	78,73±4,69	0,253
Sekonder	38	22,52±1,98		70,21±3,75	
Çocuk İsteme Yılı **					
<2 Yıl	28	23,50±2,92	0,227	81,71±4,03	0,692
3 – 5 Yıl	41	23,30±1,23		76,16±4,12	
6 – 8 Yıl	27	22,50±1,61		72,23±3,35	
> 9 Yıl	4	22,61±3,08		73,26±0,91	
Tedavi Süresi **					
<1 yıl	77	23,11±2,85	0,328	75,47±5,61	0,986
2 – 4 yıl	15	23,20±1,23		74,53±3,87	
5 – 6 yıl	3	22,33±1,05		76,06±1,96	
7+	5	22,00±1,86		77,51±1,82	
İnfertilite Nedeni **					
Bilinmiyor	36	21,91±3,52	0,393	76,61±5,02	0,952
Kadına Bağlı	40	22,92±3,71		74,76±4,18	
Erkeğe Bağlı	9	23,77±2,41		75,31±1,94	
Hem Kadın HemErkeğe Bağlı	15	23,26±2,73		74,57±2,44	
İnfertilite Etkisi **					
Çok Üzülüyorum	45	22,80±3,81	0,008	74,91±4,35	0,025
Boşanmaktan Korkuyorum	5	23,00±1,02		60,01±6,4	
Eşimden ve Ailemden	3	22,33±2,30		76,94±5,8	
Utaniyorum					
Çok Mutsuzum	17	22,88±1,71		77,09±2,34	
Hiçbir şey değişmedi	30	23,60±2,88		77,74±3,01	

** Tek Yönlü Varyans Analizi-F testi * Bağımsız örneklem t-Testi $p<0,05$

Tablo 9 incelendiğinde; infertil kadınlarda sahip olunan çocuk sayısı açısından RBSÖ puan ortalamaları, çocuğu olmayan bireylerde 23,37±2,18 puan, 1 çocuklu bireylerde 22,48±2,86 puan, 2 çocuklu bireylerde 22,58±3,22 puan ve 3 çocuklu bireyde 23,00±0,5 puan idi. Kadınlarda sahip olunan çocuk sayısı ile RBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,051).

Kadınlarda sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çocuğu olmayan bireylerde 78,73±4,69 puan, 1 çocuklu bireylerde 75,24±3,24 puan, 2 çocuklu bireylerde 59,39±1,02 puan ve 3 çocuklu bireyde 74,43±0,3 puan idi. İnfertil bireylerde sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,862).

İnfertil kadınlarda infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, primer grupta 23,37±2,18 puan, sekonder grupta 22,52±1,98 puan olarak bulundu. Katılımcılarda infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,031).

Kadın katılımcılarda infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, primerdegrupta 78,73±4,69, sekonder grupta 70,21±3,75 puan olarak bulgalandı. Kadınlarda infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı saptanamadı (p=0,253).

İnfertil kadınlarda, çocuk isteme yılı açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 2 yıldan az kadınlarda 23,50±2,92 puan, 3-5 yıl aralığında olan kadınlarda 23,30±1,23 puan, 6-8 yıl aralığında olan kadınlarda 22,50±1,61 puan ve 9 yıldan uzun olan kadınlarda 22,61±3,08 puan idi. Kadınlarda çocuk isteme yılı ve RBSÖ ortalama puanı arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,227).

Kadınlarda çocuk isteme yılı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, 2 yıldan az olan kadınlarda 81,71±4,03 puan, 3-5 yıl aralığında olan kadınlarda 76,16±4,12 puan, 6-8 yıl aralığında olan kadınlarda

72,23±3,35 puan ve 9 yıldan uzun olan kadınlarda 73,26±0,91 puan idi. Kadınlarda çocuk isteme yılı ile FertiQol puanı arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,692$).

İnfertil kadınlarda, infertilite tedavi süresi açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 1 yıldan kısa olan bireylerde 23,11±2,85 puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde 23,20±1,23 puan, 5-6 yıl aralığındaki bireylerde 22,33±1,05 puan, ve 7 yıldan uzun süren bireylerde 22,00±1,86 puan idi. Kadınların infertilite tedavi süresi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,328$).

Kadınlarda infertilite tedavi süresi açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 yıldan kısa olan bireylerde 75,47±5,61 puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde 74,53±3,87 puan, 5-6 yıl aralığındaki bireylerde 76,06±1,96 puan, ve 7 yıldan uzun süren bireylerde 77,51±1,82 puan olduğu saptandı. Kadınların infertilite tedavi süresi ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,986$).

Kadın olgularda, infertilite nedeni ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; infertilite nedeni bilinmeyen grupta 21,91±3,52 puan, kadına ait olduğu düşünülen grupta 22,92±3,71 puan, erkeğe ait olduğu düşünülen grupta 23,77±2,41 puan, eşlerin her ikisinden kaynaklandığı düşünülen grupta 23,26±2,73 puan olarak bulgalandı. İnfertilite nedeni açısından RBSÖ ortalama puanları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,393$). Bu sonuçla beraber infertilite nedeninde “Erkeğe bağlı” seçeneğini işaretleyen kadınların, yani çocuk sahibi olamama nedenini erkekten kaynaklandığını düşünen kadınlarda benlik saygısının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı.

Kadınlarda infertilite nedeni açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, infertilite nedeni bilinmeyen grupta 76,61±5,02 puan, kadına ait olduğu düşünülen grupta 74,76±4,18 puan, erkeğe ait olduğu düşünülen grupta 75,31±1,94 puan, eşlerin her ikisinden

kaynaklandığı düşünölen grupta $74,57\pm 2,44$ puan idi. Kadınlarda infertilite nedeni ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,952$).

İnfertil kadınlarda, infertilite etkisi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çok üzüldüğünü ifade edenlerin $22,80\pm 3,81$ puan, boşanmaktan korktuğunu ifade edenlerin $23,00\pm 1,02$ puan, eşinden ve ailesinden utandığını söyleyenlerin $22,33\pm 2,30$ puan, çok mutsuz olduğunu ifade edenlerin $22,88\pm 1,71$ puan ve hayatımda hiçbir şey değişmedi diyenlerin $23,60\pm 2,88$ puan aldıkları görüldü. Kadınların infertilite etkileri açısından RBSÖ puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,008$).

Kadınlarda infertilite etkisi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çok üzüldüğünü ifade edenlerin $74,91\pm 4,35$ puan, boşanmaktan korktuğunu ifade edenlerin $60,01\pm 6,40$ puan, eşinden ve ailesinden utandığını söyleyenlerin $76,94\pm 5,80$ puan, çok mutsuz olduğunu hissedenlerin $77,09\pm 2,34$ puan ve hayatında hiçbir şeyin değişmediğini düşönenlerin $77,74\pm 3,01$ puan aldıkları bulundu. Kadınların infertilite etki grupları ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,025$).

Tablo 4.10 : İnfertil Erkeklerin RBSÖ ve FertiQol Puan Ortalamalarının Obstetrik ve İnfertilite Özellikleriyle Karşılaştırması.

Özellikler	ERKEK(N=50)				
	Sayı	RBSÖ±SS	p	FertiQol±S	p
Yaşayan Çocuk Sayısı **					
0	36	23,97±4,82		80,33±3,91	
1 çocuk	12	23,58±2,37	0,087	75,28±3,20	0,750
2 çocuk	-	-		-	
3+ çocuk	2	23,00±0,3		74,49±,71	
İnfertilite Türü *					
Primer	36	23,97±4,82	0,062	80,33±3,91	0,391
Sekonder	14	23,50±1,28		75,16±2,36	
Çocuk İsteme Yılı **					
<2 Yıl	33	23,96±4,36		80,52±3,94	
3 – 5 Yıl	10	23,70±3,58	0,344	76,26±4,02	0,001
6 – 8 Yıl	3	23,33±2,88		78,28±2,61	
> 9 Yıl	4	23,50±2,41		72,47±2,89	
Tedavi Süresi **					
<1 yıl	31	24,03±4,38		80,66±4,16	
2 – 4 yıl	7	23,42±1,91	0,108	77,21±2,03	0,968
5 – 6 yıl	5	23,80±0,59		74,96±0,68	
7+ yıl	7	23,42±0,74		75,72±1,02	
İnfertilite Nedeni **					
Bilinmiyor	23	23,86±3,81		78,72±3,79	
Kadına Bağlı	22	23,90±2,19	0,402	79,62±2,37	0,379
Erkeğe Bağlı	-	-		-	
Hem Kadın HemErkeğe Bağlı	5	23,40±0,81		76,41±1,20	
İnfertilite Etkisi **					
Çok Üzülüyorum	12	23,41±1,89		76,41±1,93	
Boşanmaktan Korkuyorum	-	-		-	
Eşimden ve Ailemden	-	-	0,004	-	<0,001
Utaniyorum					
Çok Mutsuzum	19	23,68±2,91		77,07±3,08	
Hiçbir şey değişmedi	19	24,26±3,14		82,27±3,62	

** Tek Yönlü Varyans Analizi-F testi * Bağımsız örneklem t-Testi p<0,05

Tablo 10 incelendiğinde; infertil erkeklerde sahip olunan çocuk sayısı açısından RBSÖ puan ortalamaları, çocuğu olmayan erkeklerde 23,97±4,82 puan, 1 çocuklu erkeklerde 23,58±2,37 puan ve 3 çocuklu erkeklerde 23,00±0,3 puan olarak bulgalandı. Erkeklerde sahip olunan çocuk sayısı ile RBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,087).

İnfertil erkeklerde sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çocuğu olmayan bireylerde 80,33±3,91 puan, 1 çocuklu bireylerde 75,28±3,20 puan ve 3 çocuklu bireylerde 74,49±,71 puan idi. Erkeklerde sahip olunan çocuk sayısı ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,750).

İnfertil erkeklerde infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, puan ortalamaları primer grupta $23,97\pm 4,82$, sekonder grupta $23,50\pm 1,28$ olarak bulundu. Katılımcılarda infertilite türü ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,062$).

Erkeklerde infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, puan ortalamaları primerde grupta $80,33\pm 3,91$, sekonder grupta $75,16\pm 2,36$ idi. Erkeklerde infertilite türü ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanamadı ($p=0,391$).

İnfertil erkelerde, çocuk isteme yılı açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 2 yıldan az grupta $23,96\pm 4,36$ puan, 3-5 yıl aralığında olan grupta $23,70\pm 3,58$ puan, 6-8 yıl aralığında olan grupta $23,33\pm 2,88$ puan ve 9 yıldan uzun olan grupta $23,50\pm 2,41$ puan bulundu. Erkeklerde çocuk isteme yılı ve RBSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,344$).

Erkeklerde çocuk isteme yılı ile FertiQol puan ortalamaları, 2 yıldan az grupta $80,52\pm 3,94$ puan, 3-5 yıl aralığında olan grupta $76,26\pm 4,02$ puan, 6-8 yıl aralığında olan grupta $78,28\pm 2,61$ puan ve 9 yıldan uzun olan grupta $72,47\pm 2,89$ puan idi. Erkeklerde çocuk isteme yılı ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$).

Erkeklerde katılımcılarda infertilite tedavi süresi açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki, 1 yıldan kısa olan bireylerde $24,03\pm 4,38$ puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde $23,42\pm 1,91$ puan, 5-6 yıl aralığındaki bireylerde $23,80\pm 0,59$ puan, ve 7 yıldan uzun süren bireylerde $23,42\pm 0,74$ puan bulundu. Erkeklerin infertilite tedavi süresi ile RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,108$).

Erkeklerde infertilite tedavi süresi açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 yıldan kısa olan bireylerde $80,66\pm 4,16$ puan, 2-4 yıl aralığındaki bireylerde $77,21\pm 2,03$ puan, 5-6 yıl aralığındaki bireylerde $74,96\pm 0,68$ puan, ve 7 yıldan uzun süren bireylerde $75,72\pm 1,02$

puan olarak bulundu. Erkeklerin infertilite tedavi süresi ile FertiQol ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulgulanmadı ($p=0,968$).

Erkek olgularda infertilite nedeni ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; infertilite nedeni bilinmeyen grupta $23,86\pm 3,81$ puan, kadına ait olduğu düşünülen grupta $23,90\pm 2,19$ puan, eşlerin her ikisinden kaynaklandığı düşünülen grupta $23,40\pm 0,81$ puan idi. Erkeklerde infertilite nedeni açısından RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,402$).

İnfertil erkeklerde infertilite nedeni açısından FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, infertilite nedeni bilinmeyen grupta $78,72\pm 3,79$ puan, kadına ait olduğu düşünülen grupta $79,62\pm 2,37$ puan ve eşlerin her ikisinden kaynaklandığı düşünülen grupta $76,41\pm 1,20$ puan bulundu. Erkeklerde infertilite nedeni ile FertiQol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,379$).

İnfertil erkeklerde infertilite etkisi ile RBSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çok üzöldüğünü ifade edenlerin $23,41\pm 1,89$ puan, çok mutsuz olduğunu söyleyenlerin $23,68\pm 2,91$ puan ve hayatımda hiçbir şey değışmedi diyenlerin $24,26\pm 3,14$ puan aldıkları göröldü. Erkeklerin infertilite etkileri açısından RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,004$).

Erkeklerde infertilite etkisi ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, çok üzöldüğünü ifade edenlerin $76,41\pm 1,93$ puan, çok mutsuz olduğunu söyleyenlerin $77,07\pm 3,08$ puan ve hayatımda hiçbir şey değışmedi diyenlerin $82,27\pm 3,62$ puan aldıkları bulgulanı. Erkeklerde infertilite etki grupları ile FertiQol puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak ileri düzey anlamlı bulundu ($p=<0,001$).

4.4 RBSÖ ve FertiQol Ölçekleri Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların aldıkları puanlar doğrultusunda RBSÖ ve FertiQol ölçekleri arasındaki ilişkiye ait veriler yer almaktadır.

Tablo 4.11 : RBSÖ ve FertiQol Ölçeği Arasındaki ilişki.

	r
Toplam (N=150) FertiQol RBSÖ	0,645
Kadın (n=100) FertiQol RBSÖ	0,666
Erkek (n=50) FertiQol RBSÖ	0,402

r= Pearson Korelasyonu

Tablo 11’de; infertil bireylerin FertiQol ölçeği ile RBSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, iki ölçek arasında Pearson Korelasyonu uygulanarak istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,645$). İnfertil kadınlarda FertiQol ölçeği ile RBSÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta derecede bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,666$)

İnfertil erkeklerde FertiQol ölçeği ile RBSÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve diğer gruplardan daha düşük derecede bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,402$).İnfertil bireylerde yaşam kalitesi artıkça, benlik saygısının arttığı bulguları.

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde çocuk, evliliğin önemli bir bileşenidir. Çoğu evlilikte aileler ve sosyal çevre, çocuksuz çiftler üzerinde baskı oluşturmaktadır. İnfertilite tanısı alan çiftler, çocuk sahibi olma baskısını diğer çiftlere göre daha yoğun yaşamaktadırlar. Çünkü infertilite tedavisinin psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri mevcuttur. Özellikle erkek tarafından infertilite tanısının kabulü ve dolayısıyla ailesi, sosyal çevresi ve sağlık profesyonelleriyle paylaşımı kültürel nedenlerle çok daha zor olmaktadır. [95] Bu durum çalışmamıza, erkeklerin kadınlara göre daha isteksiz katılma şeklinde yansımaktadır. Kadınlar, çalışmamıza katılma konusunda daha istekli davranmışlardır. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak kadınların infertilitenin nedeni ne olursa olsun, tanı ve tedavi süreçlerine daha aktif katıldıkları, girişimsel uygulamalara daha fazla maruz kaldıkları halde, infertilite ile başa çıkarken daha dışa dönük, kendini açmaya eğilimli oldukları, erkeklerin ise bu süreçte daha az konuştukları, duygularını daha az paylaştıkları, kendilerini daha iyi konumda olduklarını göstermeye çalıştıkları bildirilmektedir. [7]

İnfertilite, bireyler tarafından yaşamlarını alt üst eden bir kriz olarak algılanmaktadır. Her bireyin, psikolojik, biyolojik, sosyal, kültürel yönleri olan bu yaşam krizinden etkilenme derecesi farklıdır. Bu dereceyi etkileyen bireysel kültürel, demografik farklılıklar vardır. İnfertilitenin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiş olan bu çalışmadan elde edilen veriler, literatür ışığında 4 bölüm halinde tartışılmıştır.

5.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik ile Obstetrik ve İnfertilite Özelliklerinin Tartışılması

5.1.1 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin tanıtıcı özelliklerine yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.1)

Bu çalışma kapsamında yer alan infertil bireylerin, %75'i 26-30 yaş grubunda yer almaktaydı. Yaşın erkeğe kıyasla özellikle kadın için, infertiliteyi etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılına ait yayınladığı doğum istatistikleri raporunda ülkemizde en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir. Onat Bayram'ın 2009 yılında infertilitenin

yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, katılımcıların %93,1'inin 35 yaş altında olduğu belirlenmiştir. [11] Alibaşoğlu'nun 2010 yılında ve infertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin %66.9'unun 26-35 yaş aralığında olduğunu bulgulamıştır. [7] Bu bilgiler ışığında çalışmamızda örnekleme oluşturan katılımcıların, gerek benzer çalışmalar ve gerekse ülkemizin doğurganlık yaş aralıklarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%38) üniversite ve üstü eğitime sahip idi. Ataman 2007 yılında, "Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri" başlıklı çalışmasında, infertil bireylerin %72'sinin yükseköğretime sahip olduğunu bulgulamıştır. [16] Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınların çoğunluğu (%42) lise mezunu, erkeklerin ise %58'i üniversite ve üstü eğitime sahip oldukları bulguları bulguları. Kırço 2009 yılında, infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, infertil kadınların % 49,3'ünü ilköğretim, erkeklerin ise %44,6'sını ortaöğretim mezunu olduğunu bulmuştur. [78] Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2013 yılı verilerine göre, kadın ve erkeklerde eğitiminde, bölge ve yerleşim yerlerinde farklılık olduğu gerçeğiyle beraber okuryazarlık oranı kadınlarda %91, erkeklerde %96 olarak belgelenmiştir. ([http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo)) Çalışmamızda kadınların eğitim durumu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde kadınların %42'sinin eşlerinden daha düşük eğitime ve yine örnekleme ile benzer şekilde 25-29 yaş aralığında (örneklemeimizin çoğunluğunu 25-30 yaş aralığı), kadınlarda %41,5'inin, erkek ise %56,1'inin lise ve üstü eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. [129] Bu bağlamda çalışmamızın hem literatürle hem de ülkemizdeki eğitim düzeyi verileriyle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %69,3'ünün en uzun süre yaşadığı yerleşim yerinin şehir olduğu bu parametrenin cinsiyet açısından farklılık göstermediği (kadın %61, erkek %86) bulguları. Öztürk ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları ve "Şiddetin Bir Diğer Yüzü: İnfertilite" başlıklı çalışmada, katılımcıların %42,5'inin yaşamlarının büyük bölümünü şehirde geçirdiğini belirlenmiştir. [130] Çalışmamızla uyumlu başka bir araştırma ise Alibaşoğlu'nun 2010 yılında yaptığı çalışmadır. Bu araştırmaya katılan infertil bireylerin %82,6'sının büyükşehirde yaşadığı belirtilmiştir. [7] TNSA 2013 verilerine göre, 15 yaşın altı çocuk ve 65 yaş üstü

bağımlı nüfusun kırsal alanlarda yoğunlaştığı, buna karşın üretken çağı nüfusun önemli bir bölümünün kentlerde yaşadığı saptanmıştır. Bu yaş grubundaki kişiler genellikle ekonomik nedenlerden dolayı köyden kente göç etmektedir. [129] Çalışma sonuçlarımızın gerek literatürle gerek ise ülke genelini yansıtan verilerle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin en uzun süre yaşadıkları bölge, %40 oranıyla Marmara Bölgesi olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra ülkemizin 7 coğrafi bölgesinden de katılım mevcuttur. Bu sonuç araştırmanın Marmara Bölgesinde gerçekleştirilmiş olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışma kapsamında katılımcıların %65,3'ü ve kadınların %52'si herhangi bir işte çalışmaktaydı. Çalışmamızla uyumlu olarak, Kargın ve Ünal'ın "İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi" başlıklı çalışmasında da, infertil bireylerin %55,3'ünün herhangi bir işte çalıştığı belirtilmiştir. [131] İnfertil kadınların çalışma durumu açısından sonucumuz, Karaca ve Ünsal'ın 2015 yılındaki, "İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışma ile uyumlu değildir. [118] Söz edilen çalışmada kadınların %73'ünün ev hanımı olduğu bildirilmekteydi. TNSA 2013 verilerine göre, ülkemizde herhangi bir işte çalışan kadın %35 olduğu belirtilmiştir. [129] Araştırmamızda kadının çalışmaya katılımı açısından literatürden farklı sonuç elde edilmesinin nedeni, katılımcıların eğitim durumlarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmada algılanan gelir durumu, infertil bireylerin %72,7'sinde gelirin gidere eşit olduğu bulunmuştur. Güleç ve arkadaşlarının infertil çiftlerle, 2011 yılında infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisini değerlendirdikleri çalışmada, infertil bireylerin çoğunluğunun (%45) gelirlerinin orta düzeyde olduğu bulgulanmıştır. [85] Ünal ve arkadaşlarının 2010 yılında gerçekleştirdikleri ve "İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmada ise kadınların çoğunluğunun (%75,9) gelirlerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. [120] Bu bilgiler doğrultusunda, araştırmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların %45,3'ünün görücü usulüyle isteyerek evlendiği bulunmuştur. Evlenme şekli cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınların çoğunluğunun (%46) flört ederek, erkeklerin ise %52'sinin görücü usulü ile isteyerek

evlendiği saptanmıştır. Topdemir Koçyiğit'in 2012 yılında yaptığı "İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri" başlıklı çalışmasında da, katılımcıların %50'sinin görücü usulüyle evlendiği bulgulanmıştır. [56] Çalışmamızla uyumlu bu sonuç doğrultusunda ülkemizde çiftlerin evlenme biçiminde çoğu zaman geleneksel tavır sergilediği, çiftlerin aile büyükleri ya da tanıdıkların arabuluculuklarıyla evlendirildikleri söylenebilir. Keskin ve Babacan Gümüş'ün 2014 yılında yaptığı "İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme" başlıklı çalışmada, kadınların çoğunluğunun (%59,4) tanışarak evlendikleri bildirilmiştir. [72]

Bu çalışmada infertil bireylerin %81'inin çekirdek aileye sahip olduğu, cinsiyet açısından da aralarında önemli fark olmadığı (kadın %76, erkek %92) saptandı. Şahin Yılmaz'ın 2012 yılındaki "İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri" başlıklı çalışmasında, katılımcıların %73,8'inin çekirdek aile yapısında olduğu bulgulanmıştır. [52] Şen ve arkadaşlarının 2014 yılında, primer infertil kadınlarda eşler arası uyumu araştırmak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin %73,9'unun çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur. [132] TÜİK'in 2015 verilerine göre, ülkemizde çekirdek aile oranı, %66,9 dur. [128] Yani ülkemizde geniş aileden çekirdek aile yapısına geçiş söz konusudur. Bunun yanı sıra kentte yaşayan kadınların eğitilmiş ve çalışıyor olması da bu yapıyı desteklemektedir. [129] Çalışma sonucumuz, araştırmanın büyük bir şehir merkezinde yapılmış olması ve katılımcı kadınların eğitim ve çalışma durumunun ülke geneline göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

5.1.2 Katılımcıların obstetrik ve infertilite özelliklerinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin obstetrik ve infertilite özelliklerine ait veriler tartışılmıştır (Tablo 4.2)

Çalışmada infertil bireylerin, %65,3'ünün primer infertil olduğu bulgulanmıştır. Çetinbaş ve arkadaşları 2014 yılındaki çalışmalarında da, katılımcıların %94'ünün primer infertil olduğunu belirtmiştir. [89] Çakır Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bireylerin %80'inin primer infertil oldukları bulgulanmıştır. [114] Literatürde infertilite türü ile ilgili farklı sonuçlar olmasına rağmen, çalışmalarda primer infertil oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu kapsamda çalışmamızın sonuçları, literatürle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada çocuk isteme süreleri, bireylerin %40,7'sinde 2 yıldan daha kısa süredir. Egeliolu Cetişli ve arkadaşlarının 2014 yılında, infertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluğu değerlendirdikleri çalışmalarında, katılımcıların ortalama infertilite süreleri 5.59 ± 3.35 olarak bulunmuştur. [82] Benzer bir çalışmada, Güleç Şatır ve Kavlak'ın 2016 yılında gerçekleştirdikleri infertil bireylerin infertilite ile ilgili internet kullanma durumlarının incelendiği araştırmadır. İlgili çalışmada araştırmacılar, bireylerin ortalama 5.42 ± 4.10 yıldır çocuk sahibi olmadıklarını bulgulamıştır. [133] Yapılan çalışmalarda bireylerin çocuk isteme süreleri değişkenlik göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %72'sinde infertilite tedavi süresinin 1 yıldan kısa olduğu bulgulanmıştır. Benzer şekilde, Seven'in 2008 yılında, infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda postpartum depresif belirtileri incelediği çalışmasında, katılımcıların %66,7'sinin 0-4 yıldır infertilite tedavisi gördüğü belirtilmiştir. [134] Fata ve arkadaşlarının 2016 yılında, infertil kadınların infertilite sürecinin farklı aşamalarında yaşadıkları stres ve nedenlerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, katılımcıların %32,8'inin 3-5 yıldır tedavi gördüğü saptanmıştır. [135] Yapılan çalışmalarda çiftlerin infertilite tedavi süreleri değişkenlik göstermektedir. Çalışmamızda infertilite tedavi süresinin kısa olmasında diğer çalışmalara göre katılımcılarımızın daha genç olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada, bireylerin ifadelerine göre infertilite nedeni %41,3'ünde kadına ait olduğu belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları ve “Şiddetin Bir Diğer Yüzü: İnfertilite” konulu çalışmada da, infertilite nedeni katılımcıların çoğu tarafından (%34,2) kadına ait olduğu söylenmiştir. [130] Çalışmamızdan farklı olarak, Seven'in 2008 yılı çalışmasında, infertil bireylerin %39'u erkeğe ait nedenden dolayı infertilite sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. [134] Çakır Güngör ve arkadaşlarının 2015 yılında gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada da katılımcıların %62,5'inin açıklanamayan infertilite nedeni olarak gösterilmiştir. [114] Literatürde görüldüğü gibi infertilite nedeni olarak çiftler, farklı ifadelerde bulunmuşlardır.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu (%38) infertilitenin etki durumunu, “Çok üzülüyorum” şeklinde ifade ettiği görülmüştür. İnfertilite etki durumunu cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde, kadınlarda %45 oranıyla “Çok üzülüyorum”,

erkeklerde ise %38'lik oranlarla “Çok mutsuzum” ve “Hiçbir şey değişmedi” ifadeleri kullanılmıştır. Algül'ün 2013 yılında yaptığı çalışmada, kadınların ve erkeklerin çoğunluğunun (sırasıyla %55,8, %45,5) çocuk sahibi olamadığı için çok üzüldüğü bulgulanmıştır. Yine aynı çalışmada kadınlarda ikinci etki, %13,5 oranıyla eşinin ailesinin tepkili olduğu, erkeklerde ise %32,7 oranıyla hiçbir değişikliğin olmadığı şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca Algün'ün çalışmasında dikkat çeken diğer bir nokta, “Eşin ailesinde tepki” seçeneğine kadınların %13,5 “Var” derken, erkeklerin sadece %5,5'i aynı yanıtı vermiştir. [83] Şen ve arkadaşlarının 2014 yılındaki çalışmasında, kadınların %43,9'u ailesi tarafından suçlandığını düşündüğü belirtilmiştir. [132] Bu veriler doğrultusunda kadınların erkeklere kıyasla kendilerini daha fazla baskı altında hissettikleri ve infertilite sürecinden daha fazla etkilendikleri söylenebilir. Çalışmamızın da literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

5.2 Katılımcıların RBSÖ Puanlarına Ait Verilerin Tartışılması

5.2.1 Katılımcıların RBSÖ puanı ve sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin RBSÖ puanları ve tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.5)

Bu çalışmada RBSÖ puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İnfertil kadınların erkeklere kıyasla benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Wischmann ve arkadaşları 2014 yılındaki “İnfertil Kadın ve Erkeklerde Cinsellik, Benlik Saygısı ve Çift Uyumu” başlıklı 158 kadın 153 erkekle gerçekleştirdikleri çalışmada da, kadınların benlik saygılarının erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. [136] Rauf ve arkadaşları 2015 yılındaki Pakistanda infertil kadınlarla yaptıkları çalışmada da, kadınların benlik saygılarını düşük, depresyon seviyelerini yüksek bulgulamışlardır. [137] Stresli bir deneyim olarak algılanan infertilitenin, bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmekle beraber literatür doğrultusunda kadınların daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Özellikle ülkemiz gibi geleneksel yapıya sahip toplumlarda kadın bu etkiyi daha yoğun yaşamaktadır. Söylemlerimizi Durmazoğlu'nun 2015 yılındaki çalışması desteklemektedir. Sözü edilen çalışmada infertil kadınların %63,2 si infertiliteden dolayı kendilerini baskı altında hissettiklerini ifade etmiştir. [112] Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Bu sonuç

araştırma sorularımızdan ilki olan “İnfertil bireylerin cinsiyetleri, RBSÖ puan ortalamasını etkiler mi?” sorusuna yanıt niteliği taşımakta ve kadınların infertilite sorunundan daha fazla etkilendiğini, benlik saygılarının azaldığını göstermektedir.

Çalışmamızda infertil bireylerde benlik saygısının yaş faktöründen etkilenmediği bulgulanmıştır. Yaş grupları içinde istatistiksel bir anlamlılık saptamamakla birlikte, 20-25 yaş grubunda diğer gruplara göre benlik saygısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Domar infertil bireylerde gerçekleştirdiği araştırmada benlik saygısıyla yaş grupları arasında ilişki tespit etmemiştir. [138] Lukse ve Vaac infertil kadınlarla gerçekleştirdikleri çalışmada yaşın psikolojik duruma etki etmediği belirtilmiştir. [139] Yaşın ilerlemesiyle beraber ümitlerin azalacağı ve buna bağlı olarak psikolojik sorunların artacağı, kişinin kendisine olan saygısının azalacağı varsayımıyla beraber zamanla mevcut durumu kabullenileceği ve sürece uyum söylenebilir.

Bu çalışmada, infertil bireylerin eğitim düzeylerinin RBSÖ puanını etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuçla beraber üniversite ve üstü eğitime sahip bireylerin benlik saygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Oğuz’un 2004 yılındaki çalışmasında, infertil bireylerde eğitim durumunun benlik saygısını anlamlı şekilde etkilemediği tespitiyle beraber ilkökul mezunu grubun daha fazla eğitime sahip gruba göre benlik saygısının düşük olduğu belirtilmiştir. [9] Özkan ve Baysal’ın 2006 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada infertil kadınların eğitim düzeyinin yüksek ve çalışıyor olması infertilite ile baş etmeyi kolaylaştırdığı ve kadını destekleyici bir özellik olduğu vurgulanmıştır. [53] Eğitim düzeyi yüksek kadınların ev dışında statüsü yüksek bir işte çalışacağı, süreç hakkında daha doğru bilgi edineceği ve sosyal baskıyı daha az hissedeceği varsayımıyla benlik saygılarının yüksek olacağı düşünülebilir.

Bu çalışmada, katılımcıların en uzun süre yaşadıkları bölgenin RBSÖ puanını ileri düzeyde etkilediği saptanmıştır. Sırasıyla Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ve Doğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan bireylerin benlik saygılarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sözü edilen bölgelerde kadınların daha genç yaşta evlenmesi, eğitim düzeylerinin düşük olması, çalışma oranların az olmasının yanı sıra infertilite ile ilgili toplumsal baskının daha fazla olabileceği varsayımıyla kadın ağırlıklı çalışmamızda bu sonuca ulaşılması olağan kabul edilebilir. Bu

söylemlerimizi destekler şekilde, çalışmamızda 3 çocuklu, infertilite tedavisi gören ve infertilite etkisi olarak “Çok üzülüyorum” seçeneğini işaretleyen kişinin de Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşadığı görülmüştür.

Çalışmamızda, çalışma durumunun RBSÖ puanını erkeklerde etkilediği kadınlarda ise ileri düzeyde etkilediği bulunmuştur. Upkong ve Orji’nin 2006 yılında Nijerya’daki infertil kadınların ruh sağlığını araştırdıkları çalışma ve Ramezanzadeh ve arkadaşlarının 2004 yılı çalışmalarında, herhangi bir işte çalışan kadınlarda infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğü belirtilmiştir. [140, 141] Çalışan kadınların genel olarak eğitim düzeylerinin yüksek ve sürece uyumlarının daha kolay olacağı, ev dışı bir ortamda uğraşla kendilerini daha iyi hissedecekleri ve toplumsal statülerinin artmış olabileceği varsayımıyla çalışma durumunun benlik saygılarının artıracağında etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, infertil bireylerin tümünde evlenme şeklinin RBSÖ puanını etkilemediği ancak kadın grubunda bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Kadınlarda en düşük benlik saygısına sahip grup görücü usulü ile istemeden evlenen kadınlar iken, flört ederek evlenen kadınların benlik saygısı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Oğuz 2004 yılındaki çalışmasında da, görücü usulüyle istemeden evlenen kişilerin benlik saygılarını patolojik düzeyde düşük bulmuştur. [9] Alibaşoğlu 2010 yılındaki çalışmasında istemeden görücü usulüyle evlenenlerin, evlilik uyumlarının yanında fikir birliği, memnuniyet-doyum, bağlılık ve duygu ifadesinde sorun yaşadıkları, cinsel birleşme sıklığının daha az olduğunu belirtmiştir. [7] Evliliğin daha baştan istenmeyen bir evlilik olması bir yaşam krizi olarak görülen infertilite ile baş etme sürecinde bireyleri psikolojik olarak zorlayabilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada, aile tipi ile RBSÖ puanının ilişkili olduğu saptanmıştır. Çekirdek aile yapısına sahip bireylerin benlik saygılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Monga ve arkadaşları 2004 yılındaki çalışmada, infertil çiftlerin %83,3’ü çocuk sahibi olamadıkları için baskı hissettiklerini, baskının kaynağı olarak da arkadaş ve ebeveynlerini gösterdiklerini belirtmişlerdir. [51] Alibaşoğlu 2010 yılındaki çalışmasında eşinin ailesiyle yaşayan kişilerde depresyon seviyelerinin daha yüksek, benlik saygılarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Geniş ailede yaşamak bireyler

için daha fazla sorumluluk ve özel yaşantılarına daha az vakit ayırmak demektir. Ayrıca geleneksel düşünce ve uygulamaların bu aile tiplerinde daha fazla olduğu bilinmektedir. [7] Çocuk sahibi olma konusunda baskıyı son derece yakından hisseden infertil bireylerde geniş ile yapısı benlik saygılarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu veriler doğrultusunda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur ve araştırma sorularımızdan “İnfertil bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?” sorusuna cevap niteliğindedir. Bireyin cinsiyeti, en uzun süre yaşadıkları bölge, çalışma durumu ve aile tipinin RBSÖ puan ortalamasının anlamlı şekilde etkilediği saptandı.

5.2.2 Katılımcıların RBSÖ ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişkinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin RBSÖ puanları ile obstetrik ve infertilite özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.8)

Bu çalışmada infertil bireylerde RBSÖ puanı ile sahip olunan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamasına rağmen, infertilite türü ile (primer ve sekonder) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Primer infertil kadınların benlik saygılarının, sekonder infertil gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Whiteford ve Gonzalez “İnfertilitenin Gizli Yüğü: Stigma” başlıklı çalışmada, primer infertil vakalarının sekonder infertil vakalara göre daha fazla psikolojik sorunlar yaşadığını belirtmiştir. [142] Primer infertil grubun genel olarak daha genç yaşta olduğunu düşünerek, bireylerin infertilite tanısını yeni almış olmaları, çocuk sahibi olabilmesi için önünde uzun yılların varlığı, çocuk sahibi olma konusunda toplumsal baskıya ve çevrenin yıpratıcı sorularına daha az maruz kalmaları gibi nedenlerle umutları daha canlı olabilmektedir. Bu söylemlerimizi Mindes ve arkadaşlarının 2003 yılında gerçekleştirdikleri çalışma da desteklemektedir. Söz konusu çalışmada araştırmacılar, çevrenin infertil çiftlere nasihatler vererek ve aşırı ilgili görünerek destek olmaya çalışmalarının infertil bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilediğini aktarmışlardır. [143]

Çalışmamızda, infertil bireylerde hem çocuk isteme süresinin hem de infertilite tedavi süresinin RBSÖ puanını etkilemediği bulgulanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Xin ve arkadaşları 2013 yılındaki çalışmada, infertilitenin bireylerde benlik

saygısı ve özgüveni olumsuz etkilediği ve etkilenme düzeyinin infertilite süresi ile orantılı olarak arttığını belirtmişlerdir.[144] Terzioğlu'nun çalışmasında infertil çiftler, infertilite tedavi döneminde sonuç alamama, ekonomik yük, psikolojik sorunlar, sık sık tetkiklere maruz kalmak ve sürekli ilaç kullanmak zorunda olmak gibi sorunlar yaşadıklarını bu yüzden süreçten olumsuz etkilendiklerini ifade etmişlerdir. [22] Bu çalışmalardan farklı olarak Güz ve arkadaşları 2003 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada ise, infertilite süresi uzadıkça bireylerin anksiyetelerinin azaldığı, psikolojik olarak daha sağlıklı olduklarını belirtmişlerdir. [145] Literatürde konuyla ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Bu sonuçları, infertil bireylerin zamanla umutlarını kaybettikleri ve bu nedenle süreçle beraber psikolojik olarak kötüye gittikleri ya da zamanla durumu kabullenip, uyum sağladıkları için başlangıca göre mental olarak daha sağlıklı oldukları şeklinde yorumlayabiliriz.

Çalışmada infertilitenin bireyde yarattığı etkilerin RBSÖ puanlarını etkilediği bulunmuştur. Gruplar değerlendirildiğinde, en düşük benlik saygısına sahip grubun infertilite etkilerinde “Eşimden ve Ailemden Utanıyorum” seçeneğini işaretleyen grup olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bu seçeneği işaretleyen katılımcıların hepsinin kadın olduğu belirlenmiştir. Sbaragli ve arkadaşları 2008 yılı infertil çiftlerin fertil çiftlerden daha fazla anksiyete, depresyon ve aşırı yeme bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. [146] Benzer bir çalışma ise Onat Bayram'ın çalışmasıdır. Bu çalışmada infertil bireyler çok üzüldüklerini ve bazıları üzüntüden dolayı iştahının azaldığını ve kilo kaybettiğini; bazıları ise çok yemek yediğini bildirmiştir. [11] Literatürde infertilitenin fiziksel, zihinsel, psikolojik etkileri olduğu belirtilmektedir. Özellikle kadın ve anne kelimelerine aynı anlamı yükleyen ya da ailede mutlaka çocuğun olacağını düşünen toplumlarda bu etki daha fazla hissedilmektedir. Böyle toplumda kadında da asli görevini çocuk doğurmak olarak algılayabilmektedir. Atamanın gerçekleştirdiği çalışmada infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlara gebeliğin anlamı sorulduğunda çoğunluğun “Mutluluk-sevinç” olarak ifade ettiği görülmektedir. [16]

Araştırma sorularımızdan “İnfertil bireylerin obstetrik özelliklerine göre RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?” sorusuna karşılık olarak, bireylerde infertilite türünün ve infertiliteden etkilenme durumlarının RBSÖ puan ortalamasını anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır.

5.3 Katılımcıların FertiQol Puanlarına Ait Verilerin Tartışılması

5.3.1 Katılımcıların FertiQol ve sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin FertiQol puanları ve tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.5)

Çalışmamızda FertiQol ölçeği puanında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. FertiQol toplam ve alt boyut puanlarının hepsinde kadınların puanı erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Teskereci'nin 2010 yılında gerçekleştirdiği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak infertil bireylerde yaşam tarzının yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında da, erkeklerin yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir. [147] Rashidi ve arkadaşlarının 2008 yılında infertil bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer şekilde kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. [148] Başka bir çalışma ise Monga ve arkadaşlarının 2004 yılında gerçekleştirdikleri vaka-kontrol çalışmasıdır. Sözü edilen çalışmaya göre, infertil erkeklerin yaşam kalitesinin, fertil erkeklerden farklı olmadığı, ancak infertil kadınların yaşam kalitesinin fertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. [51] Bu sonuç araştırma sorularımızdan “İnfertil bireylerin cinsiyetleri, FertiQol ölçeği puan ortalamasını etkiler mi?” sorusunu yanıtlamaktadır. Bu veriler doğrultusunda çalışmamızın hem literatürle hem de ülke geneli infertil bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada, infertil bireylerin yaş durumunun FertiQol puanını etkilemediği bulgulanmıştır. Yaş gruplarının FertiQol puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olmamakla beraber, 20-25 yaş grubunda diğer gruplara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öztürk'ün 2011 yılındaki infertil bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada, 18-25 yaş aralığındaki bireylerin diğer bireylere göre sorunla başa çıkma tutumlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre bireylerin genç yaşta olmasının diğer gruplara göre avantajı, genç bireylerin çocuk sahibi olabilmesi için önünde uzun bir zaman diliminin olması ve bu sayede bireylerin kendini daha rahat hissederek infertilitenin, yaşam kalitelerine etkisini azaltabildikleri belirtilmiştir. [102] Çalışmamızda da bu düşünceyle, daha genç yaşta

olan bireylerde, infertilitenin yaşam kalitesine etkisinin daha az olduğu söylenebilir. Malhan ve arkadaşları 2004 yılında ülkemizde yaptıkları çalışmada, infertil kadınların yaşının yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Literatürde bu konuda farklı veriler yer almaktadır. [149]

Çalışmamızda, infertil bireylerin eğitim durumlarının FertiQol puanını ileri düzeyde etkilediği bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile birlikte bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük bireylerin, toplumsal stigmatı daha fazla hissetme ve infertilite süreci ilgili bilgiye ulaşma güçlüğü gibi stres yaratan faktörlere daha fazla maruz kaldığı varsayıldığında, infertiliteden daha fazla etkilenebilecekleri söylenebilir. Alibaşoğlu'un 2010 yılındaki çalışmasında, infertil bireylerde okuryazar grubunda, eğitim durumu daha yüksek bireylere göre depresyon ve durum kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu, çift uyumlarının daha yetersiz olduğu belirtilmiştir. [7] Ramezanzadeh ve arkadaşlarının 2004 yılındaki, infertilite süreci ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği "Anksiyete, Depresyon İnfertilite Süreci ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmada eğitim düzeyinin depresyonla ilişkili olduğu, bireylerde eğitim düzeyiyle beraber depresyon ve kaygı durumunun azaldığı belirtilmiştir. [141] İnfertil bireylerde eğitim düzeyinin artması, bireylerin probleme daha kolay bir şekilde uyumunu ve süreçle ilgili bilgi durumunun artmasına bağlı olarak yaşam kalitelerini de yükselteceğini söylemek mümkündür.

Bu çalışmada, infertil bireylerin en uzun süre yaşadıkları yerin yaşam kalitelerini etkilediği bulgulanmıştır. Şehirde yaşayan kişilerde yaşam kalitesinin diğer kişilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Farklı bir çalışmada Downey ve arkadaşları, büyükşehirde yaşayan infertil kadınlarda depresyonun diğer yerlerde yaşayanlara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. [150] Çetinbaş ise FertiQol ölçeğini kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, yaşanan yerin kırsal ya da kent olmasının yaşam kalitesine etki etmediğini saptamıştır. [94] Çalışma sonucumuzda, köy ve ilçede yaşayanların maddi imkanlarının sınırlılıkları yanı sıra infertilite tedavisi için şehir merkezine çok sık gelmek zorunda olmaları yaşam kalitelerini etkilediğini düşündürebilir.

Çalışmamızda katılımcıların herhangi bir işte çalışıyor olması FertiQol puanını etkilemediği sonucuyla beraber kadınlarda durumun farklı olduğu görülmüştür.

Çalışan kadınların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer bir çalışma olan Bedük'ün 2005 yılındaki çalışmasında belirttiği gibi kadınların çalışması, ekonomik güce sahip olması, sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmasında etkili olmaktadır. Aynı çalışmada çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. [151] Arslan ve Cevizde 2007 yılındaki çalışmada, çalışan kadınların çalışmayanlara göre yaşam kalitesini daha yüksek bulmuştur. [152] Bu veriler doğrultusunda çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada infertil bireylerde algılanan gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Ghasemzad ve Farzadi 2007 yılında İranlı infertil kadınların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada, düşük gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. [153] Benzer şekilde Bolsoy ve arkadaşlarının 2010 yılında ülkemizde gerçekleştirdikleri çalışmada da ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. [50] Bu bilgiler doğrultusunda çalışma sonucumuzun literatürden farklı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin aile yapısının FertiQol puanını etkilemediği görülmesine rağmen kadınlarda durumun farklı olduğu bulgulanmıştır. Çekirdek aile yapısına sahip kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bolsoy ve arkadaşları ülkemizde yaptıkları çalışmada, çekirdek aile yapısında olan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesinin, geniş aile yapısındakilere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. [50] Literatürle benzer olan çalışma sonucumuza göre, çekirdek aile yapısında yaşayan kadınların sosyal baskıyı daha az yaşadıkları söylenebilir.

Araştırma sorularımızdan “İnfertil bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır? ” sorusuna yanıt olarak, bireylerin FertiQol ölçeği puan ortalamasını cinsiyetin, eğitim durumunun, en uzun süre yaşanan yerleşim yerinin anlamlı şekilde etkilediği belirlenmiştir.

5.3.2 Katılımcıların FertiQol puanı ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişkinin tartışılması

Bu bölümde, infertil bireylerin FertiQol puanları ile obstetrik ve infertilite özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.8)

Çalışmamızda infertilite türünün FertiQol puanını etkilediği saptanmıştır. Primer infertil bireylerin sekonder infertil bireylere göre yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur. Johansson ve arkadaşları 2009 yılına ait çalışmada çocuksuz çiftlerin yaşam kalitelerinin, çocuklu çiftlerden daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. [154] Benzer şekilde Gao ve arkadaşları 2016 yılında FertiQol ölçeğini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada da sekonder infertil bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. [155] Bu veriler, gebelik deneyimi ya da çocuk sahibi olan bireylerin tekrar bunu başarabilecekleri inancı ile yaşam kalitelerinin daha yüksek olabileceği şeklinde yorumlanabileceği gibi primer infertil bireylerin hem daha genç hem de hastane deneyimlerinin daha az olabileceği varsayımı ile yaşam kalitelerinin olumsuz biçimde etkilenmediği şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışmamızda çocuk isteme yılının FertiQol puanını etkilediği belirlenmiştir. Çalışmamıza göre, infertilite süresi uzadıkça bireylerin yaşam kalitesi düşmektedir. Wang ve arkadaşlarının Çinli infertil kadınlarla 2007 yılındaki çalışmaları ile Ramezanzadeh ve arkadaşlarının 2004 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada infertilite süresinin uzaması ile infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin arttığını, mental sağlığın azaldığını belirtmişlerdir. [141,156] Bu verilerden yola çıkarak, uzamış infertilite süresinin yaşam kalitesini azaltabileceğini söylemek mümkündür.

Bu çalışmada infertilite tedavi süresinin FertiQol puanını etkilemediği saptanmıştır. Fata ve arkadaşlarının infertil kadınlarla gerçekleştirdikleri çalışmada ise, bireylerin tanı aldıktan sonra %87'sinin, tedaviye başladıktan sonra %87,8'inin stres yaşadığı belirtilmiştir. [135] Aynı çalışmada tanı aldıktan sonra stres yaşama nedenleri arasında, çevredeki kişilerin soru sorması, sürekli doktora gitmek, hastaneye gitmek için işinden izin almak gibi seçenekler gösterilmiştir. El-Messidi ve arkadaşları 2004 yılında hiç infertilite tedavisi olmayan çiftlerin, başarısız tedavi öyküsü olan çiftlere göre daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir. [157] Bu konuda literatürde farklı veriler mevcuttur.

Çalışmamızda infertilite nedeninin FertiQol puanını etkilemediği sonucuyla beraber dikkat çeken nokta, erkeklerde ifade edilen infertilite nedeni seçenekleri arasında "Erkeğe bağlı" neden belirtilmemiş olmasıdır. Araştırmamıza benzer şekilde Droszol ve Skryzpulec'in 2008 yılındaki çalışmalarında da infertilite nedeni ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulgulanmamıştır. [158] Khayata ve arkadaşları

2003 yılı çalışmalarında, infertil kadınlarda, kadın faktörlü infertilitenin erkek ve kombine faktörlü infertiliteye göre yaşam kalitesini daha fazla etkilediğini bildirmiştir. [159] Bu durum kadınların infertilite nedeni kendilerine ait olduğunda suçluluk duygusunu daha yoğun yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda kadınların eğitim düzeylerinin ve çalışma oranlarının yüksek olması infertilite sürecine uyumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada infertilite etkisinin FertiQol puanını etkilediği bulgulanmıştır. Çalışmamıza göre infertilite etkilerinden “Boşanmaktan Korkuyorum” seçeneğini işaretleyen bireylerin yaşam kalitesi diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Bu konuda dikkat çeken nokta bu seçeneği işaretleyenlerin hepsinin kadın olmasıdır. Benzer şekilde araştırmamızda “Eşimden ve ailemden utanıyorum” seçeneğini sadece kadınların işaretledikleri görülmüştür. Grupta en yüksek yaşam kalitesine sahip bireylerin “Hiçbir şey değişmedi” diyenlerin olduğu belirlenmiştir. Lau ve arkadaşları 2008 yılındaki çalışmasında infertil çiftlerin %60’ından fazlası infertiliteden dolayı kendilerini baskı altında hissettiklerini, yarısından fazlası da cinsel ilişki sırasında baskı hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada yaklaşık her beş erkekten biri ve her beş kadından ikisi “İnfertilitenin kadın için utanç verici” olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. [160] Benzer başka bir çalışma ise Keskin ve Babacan Gümüş’ün infertil kadınların umutsuzluk düzeylerini değerlendirdikleri çalışmadır. Söz konusu çalışmada kadınlar, infertilitenin başta üzüntü olmak üzere, umutsuzluk, hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesi, eşinden ve ailesinden utanma, boşanmaktan korkma gibi etkilere neden olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada boşanmaktan korkan grubun umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. [72] Elde edilen bilgiler doğrultusunda, infertilitenin özellikle kadınların omzuna yüklenmiş bir yük olduğu, sağlık sorunu olarak değil de bir eksiklik, kusur olarak görüldüğü ve bu eksikliği kadınların iliklerine kadar hissettirilmeye çalışıldığı, genel olarak da bu konuda başarılı olunduğu görülmektedir. Kadınların infertilite sürecinden olumsuz yönde daha fazla etkilendiklerine ilişkin başka bir örnek ise Olshansky ve Sereika’nın 2005 yılındaki çalışmasıdır. Sözü edilen çalışmada infertilite öyküsü sonrası gebe kalmış ve doğum yapmış kişilerin postpartum depresyon belirtilerini saklayabilecekleri, uzun zamandır istediği ve arzu ettiği bebeğe sahip olmakla beraber şikayet etmeleri halinde olumsuz yargılanma ya da dikkate alınmama endişesiyle duygularını kendi kendine kontrol

altında tutmaya çalışabileceklerini belirtmişlerdir. [161] Bu bilgiler kadının infertilite sürecinden (çocuğu olsa dahi) ne derece etkilendiği hakkında bize bilgi vermektedir. Çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerde bir seçenekte “evlat edinme” olabilmektedir. Bu konuya ilişkin Onat Bayram çalışmasında erkeklerin %34,5’inin, kadınların %32,8’inin evlat edinme konusunda “kararsız” oldukları, erkeklerin %8,6’sının, kadınların da %17,2’sinin evlat edinmek istedikleri belirlenmiştir. [11] Bu çalışma bize kadınların çocuk sahibi olma konusunda erkeklere göre daha fazla istekli ve bu nedenle daha kararlı olduğunu göstermektedir. Erkeklerin ise çocuk istemekle beraber evlat edinmede çekinceleri olduğu ve çocuğun kendi soyundan olmasına önem verdiği düşünülebilir.

“İnfertil bireylerin obstetrik özelliklerine göre FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?” araştırma sorumuza, infertil bireyin FertiQol ölçeği puan ortalamasını, infertilite türü, çocuk isteme yılı ve infertiliteden etkilenme durumunun anlamlı boyutta etkilediği biçiminde yanıt bulmak mümkün olmuştur.

5.4 RBSÖ ve FertiQol Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Verilerin Tartışılması

Bu bölümde, RSBÖ ve FertiQol puanları arasındaki ilişkiye yönelik veriler tartışılmıştır (Tablo 4.11)

Çalışmamızda, RBSÖ ve FertiQol ölçeği puanları aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç araştırma sorularımızdan “İnfertil bireylerde RBSÖ puan ortalamaları ile FertiQol ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki var mıdır?” sorusunu yanıtlamaktadır. Örneklem grubumuzda hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşam kalitesi artıkça benlik saygısının da arttığı saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu şekilde Keramat ve arkadaşlarının 2014 yılında Who-Qol-BREF ve FertiQol ölçeklerini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada da iki ölçek arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. İlgili çalışmaya göre infertil bireylerin yaşam kalitesine paralel olarak benlik saygılarının da yükseldiği belirtilmiştir. [162] Ayrıca literatürde infertil bireylerin yaşam kalitesi ve benlik saygılarının, bireyin duygusal durumlarını yansıtan başka ölçeklerle de karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu ölçekler arasında, Golombok–Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Formu (TDSÖYKÖ-KF) yer almaktadır. Alibaşoğlu’un

çalışmasında RBSÖ ile GRCDÖ alt boyutu olan “sıklık” arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamıştır. Benlik saygısı yüksek olan infertil bireylerde cinsel birleşmenin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada infertil erkeklerde RBSÖ ile BDÖ arasında da anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Benlik saygısı yüksek olan infertil erkeklerde depresyon durumunun düşük olduğu görülmüştür. [7] Onat Bayramın 2009 yılındaki çalışmasında da TDSÖYKÖ-KF ile ÇUÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İnfertil bireylerin yaşam kalitesi artıkça çift uyumlarının arttığı belirtilmiştir. [11] İnfertil bireylerin benlik saygılarının ya da yaşam kalitelerinin yüksek olması yaşamlarının başka yönlerini de olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu söyleyebilir.

Sağlık çalışanlarının, özellikle infertil bireylerle bire bir ve uzun süreli danışmanlık rolü üstlenen hemşirelerin, kırılgan ve hassas olan infertil bireyler de değerlerine saygı göstererek, etkin iletişim becerileri kurarak ve onlara karşı özenli tutum ve davranış sergileyerek bireylerin özsaygılarının artırılmasına ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkıda bulunulabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek ve infertilite hemşiresine yol gösterici olması amacıyla, T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na bağlı Tüp Bebek Ünitesi'ne tedavi için gelen, infertilite tanısı konulmuş 150 bireyin (100 kadın-50 erkek) katılımı ile gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Katılımcıların %50'sinin 26-30 yaş aralığında, %38'inin üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu, %69,3'ünün hayatlarının en uzun dönemde şehirde ve %40'ının ise Marmara Bölgesinde yaşadığı,
- Bireylerin %65,3'ünün herhangi bir işte çalıştığı, çalışma durumunun kadın grubunda %52, erkek grubunda ise %92 olduğu ve örneklem grubunun %72,7'sinde gelirin gidere eşit olduğu,
- Bireylerin %45,3'ünde evlenme şeklinin görücü usulü ile isteyerek olduğu ve %81'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu,
- Bireylerin %65,3'ünün primer infertil olduğu, %40,7'sinin 2 yıldan kısa bir süredir çocuk sahibi olmak istediği ve %72'sinin 1 yıldan daha kısa süredir infertilite tedavisi gördüğü,
- Katılımcıların %41,3'ünün çocuk sahibi olamama nedeninin kadından kaynaklandığı düşüncesinde olduğu ve %38'ine göre infertilitenin “Çok üzücü” bir deneyim olarak algılandığı,
- Katılımcılarda RBSÖ puan ortalaması, 23,31±6,93 olup, kadınlarda 23,05±6,95 puan, erkeklerde ise 23,84±4,38 puan olduğu,
- İnfertil bireylerin FertiQol puan ortalaması 76,63±6,86 olup, kadınlarda bu değer 75,45±6,16 iken, erkeklerde ise 78,89±4,86 olduğu,
- Ölçek puanlarıyla cinsiyetler arasındaki ilişki, RBSÖ puan ortalamaları ile anlamlı, FertiQol puan ortalamaları ile ileri düzey anlamlı olduğu (sırasıyla $p=0,049$, $p<0,001$), infertil kadınların infertil erkeklere kıyasla, hem yaşam kalitelerinin hem de benlik saygısı algılarının daha düşük olduğu,

- FertiQol alt boyutları olan; Çekirdek FertiQol ve Tedavi Modülü puan ortalamaları açısından da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (sırasıyla $p=0,032$, $p=0,015$), erkeklerin FertiQol ölçeğinin tüm alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan aldıkları,
- Çalışmada infertil bireylerin FertiQol puan ortalamaları ile eğitim durumu ($p=<0,001$), en uzun süre yaşanan yerleşim yeri ($p=0,029$), infertilite türü (primer-sekonder) ($p=0,049$), çocuk isteme yılı ($p=0,006$), infertiliteden etkilenme durumu ($p=0,018$) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu,
- Katılımcıların RBSÖ puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadıkları bölge ($p=<0,001$), çalışma durumu ($p=0,009$), aile tipi ($p=0,021$), infertilite türü (primer-sekonder) ($p=0,046$), infertiliteden etkilenme durumu ($p=0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu,
- İnfertil bireylerde eğitim düzeyi arttıkça ve çocuk isteme yılı azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı, ayrıca şehirde yaşayan bireylerin diğer yerleşim yerlerindeki katılımcılara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu,
- Primer infertil bireylerin hem yaşam kalitelerinin hem de benlik saygılarının daha yüksek olduğu,
- En uzun süre yaşanan bölge açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşayan bireylerin hem yaşam kalitelerinin hem de benlik saygılarının diğer bölgelerde yaşayanlara göre daha düşük olduğu, burada ilgi çeken noktanın ilgili bölgeden katılan bireylerin hepsinin kadın olduğu,
- Çalışan bireylerde ve çekirdek aile tipine sahip kişilerde benlik saygısının daha yüksek olduğu, kadınlarda çekirdek aile tipinin ve herhangi bir iste çalışma durumunun, hem benlik saygısını hem de yaşam kalitesini artırdığı, ayrıca kadınlarda görücü usulü ile istemeden evlenen kadınların, diğer kadınlara göre benlik saygısının daha düşük olduğu
- İnfertilite nedenini “Erkeğe bağlı” seçeneğini işaretleyen kadınların, yani çocuk sahibi olamama nedenini erkekten kaynaklandığını düşünen kadınlarda benlik saygısının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, ayrıca erkek grubunda bu seçeneğin hiç işaretlenmediği,

- İnfertilite etkisi olarak “Hiçbir şey değişmedi” diyen grubun hem yaşam kalitesinin hem de benlik saygısının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- RBSÖ ve FertiQol ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu, hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşam kalitesi artıkça benlik saygısının da yükseldiği saptanmıştır.

ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmacılara yönelik;

- İnfertil bireylerle gerçekleştirilen çalışmaların tek merkezli olması yerine çok merkezli ve daha fazla örneklem sayısı ile yapılması,
- İnfertilitenin yaşam kalitesi ve duygusal duruma etkisinde cinsiyetler arasındaki farkı ortaya koymak amacıyla çiftlerin her ikisinin bir arada değerlendirildiği çalışmaların planlanması,
- İnfertil bireylerin uzun süreli takibi, zamanla duygusal durumundaki değişikliğin izlenebilmesi gibi nedenlerden dolayı yapılan çalışmaların longitudinal özellikte kurgulanması,
- İnfertilitenin bireyler üzerindeki etkisini ve tam olarak belirlenemediğini düşündüğümüz erkeklerin duygularını daha iyi yansıtmak için duygu ve deneyimlerinin kendi ifadeleri ile ortaya konduğu, nitel araştırmaların daha fazla yapılması önerilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik;

- Hassas bir grup olan infertil bireylere yaklaşımda hemşirenin etkin iletişim becerileri kullanması,
- İnfertil çiftlere cinsiyetler arasındaki farklardan bahsedilerek birbirlerini daha iyi anlamaları ve çiftler aralarındaki iletişimin daha kuvvetli

olmasıyla infertilite sürecinin daha kaliteli geçmesine katkıda bulunulması,

- İnfertil bireylere bakım ve danışmanlık veren hemşirelerin, bireylerin yaşam kalitesi ve benlik saygısına etki eden faktörlerin farkında olması ve bireylere yaklaşımda bunları göz önünde bulundurması önerilir.



KAYNAKLAR

- [1] WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple. (2000). Cambridge: Cambridge: University Press
Web adresi <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58563/1/WHO>
- [2] Sezgin, H., Hocaoglu, Ç. (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184
- [3] Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 345-350
- [4] Hacker, N.F., Moore, J.G., Gambone, J.C. (2009). Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri (C. Üstün ve İ. Koçak, Çev.) İstanbul : Nobel Tıp Kitapevleri
- [5] Kırca, N., Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178
- [6] Uğur, A.S. (2014). *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [7] Alibaşoğlu, H. (2010). *İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- [8] Aktürk F.S. (2006). *Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı* (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon
- [9] Oğuz, H.D. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. (Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- [10] Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. İstanbul: Akademisyen Kitabevi
- [11] Onat Bayram, G. (2009). *İnfertilitenin Yaşam kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [12] Atasü, T., Şahmay, S. (2001). *Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi

- [13] **Hotun Şahin, N., Bilgiç, D.** (2015). İnfertilite. Kızılkaya Beji, N. (Ed), *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- [14] **Hoffman, B. L., Schorge, J.O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Bradshaw, K.D., Cunningham, F.G.** (Eds). (2015). *Williams Jinekoloji*. Yıldırım, G. (Çev. Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- [15] **Karaca, A., Ünsal, G.** (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 80-85
- [16] **Ataman H.** (2007). *Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde psikososyal bakım gereksinimleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [17] **Akyüz, A.** (2001). *IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik*. (Doktora Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [18] **Partovi Meran, H.E., Kızılkaya Beji, N.** (2016). İnfertilite Hemşireliğinin Tarihçesi. *Androloji Bülteni*, 18(64), 60–64
- [19] **Morice, P., Josset, P., Dubuisson, J.B.** (1995). History of sterility in ancient times. II. Sterility in Hippocrates treatise. *Contracept Fertil Sex*, 23(6), 605-610
- [20] **Morice, P., Josset, P., Dubuisson, J.B.** (1995). “History of sterility in ancient times. I. Sterility in Egypt.Diagnostic recipes for sterility and pregnancy in ancient Egypt”, *Contraception, fertilité, sexualité*, 23(6): 423-427
- [21] **Neff, D.L.** (1994). Social impact of infertility the case of matrilineal in south India. *Social Sci. Med.*, 39(4), 475-485.
- [22] **Terzioğlu, F.** (1998). *Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [23] **Göker Tavmerge, E.N., Tavmergen, E.** (2003). Günümüzde Yardımcı Üreme Teknikleri. *Endokrinoloji Dergisi*, 1(2), 12-17
- [24] **Ender Yumru, A., Öndeş, B.** (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi. *JAREM*, 1, 57-60

- [25] **Karanisoğlu, H., Yazıcı, S.** (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği
- [26] **Karabacak, O., Günaydın, G.** (2007). Oosit Donasyonu ve Başarıyı Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri*, 3(13), 72-76
- [27] **Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği** (2005). Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- [28] **Coşkun, A.M.** (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- [29] **Hotun Şahin, N., Bilgiç, D., Demirgöz, M.** (2009). Doğurganlığı Etkileyen Faktörler. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği, s.s 11-32
- [30] **Beckmann, C.R.B. ve ark.** (2014). Obstetrics and Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 8. Edition. p.371-391
- [31] **Upkong, D., Orji, E.O.** (2006). Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 259-265
- [32] **Aydın, S. ve ark.** (2015). Female sexual distress in infertile Turkish women, *Turk J Obstet Gynecol*, 12, 205-210
- [33] **Çavuşoğlu, İ.** (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [34] **Arslan Özkan, İ.** (2012). *Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınlarda, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik Ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- [35] **Mutlu, M. F., Baştu, E., Öktem, M.** (2013). Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. *Medical Journal*, 24: 29-32
- [36] **Erdem Atak, R.B.** (2009). *Açıklanamayan İnfertilitede Kadınlık ve Anne-Kız İlişkinde Anneliğin İletimi*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- [37] **Uyar, B.** (2015). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Cinse Mitlere İnanma Düzeyi*. (Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Diyarbakır
- [38] **Yılmaz, G.** (2012). *İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rollerini ve*

Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

- [39] **Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., Alden, K.R.** (2016). *Maternity Women's Health Care.* Elsevier, 11 th ed. p.197-210
- [40] **Orhan, E.** (2010). *Erkek Kaynaklı İnfertilite Tanısı Almış Çiftlerde Kaygı ve Depresyon Belirtileri, Evlilik Uyumu Ve Cinsel İşlev Bozuklukları.* (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- [41] **Tanrıkut, E.** (2011). *Endometriyal Ağır Metal (Kadmiyum, Kurşun, Civa ve Arsenik) Düzeylerinin Açıklanamayan İnfertilite Etiyolojisindeki Rolü.* (Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya
- [42] **Adıgüzel, F. I., Adıgüzel, C., Seyfettinoğlu, S., Ürünsak, İ. F.** (2015). Açıklanamayan İnfertilite Etiyolojisinde Olası Risk Faktörü Olarak Herediter Trombofilinin Yeri, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11: 162-166
- [43] **Kan, Ö., Alkılıç, A., Yüce, T., Berker, B.** (2014). Açıklanamayan İnfertilitede Yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3):506-518
- [44] **Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A.** (2007). Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 22 (6): 1506-1512.
- [45] **Yanikkerem, E., Kavlak, O., Sevil, Ü.** (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 112-121.
- [46] **Selçuk, İ.** (2013). *Intrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI) Yapılan Fazla Kilolu ve Obez Hastalarda 250 Mg Ve 500 Mg Rekombinant İnsan Koryonik Gonadotropin (R-Hcg)' in Karşılaştırılması.* (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara
- [47] **Karaca, N., Batmaz, G., Aydın, S.** (2015). Obezitenin Kadın Üreme Fonksiyonları Üzerine Etkisi. *Bezmialem Science*, 3: 78-82
- [48] **Demirci, N., Coşkun Potur, D.** (2014). Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, Cilt 22 - Sayı 1: 39-45
- [49] **Engin, R., Pasinlioğlu, T.** (2002). Erzurum ve Yöresinde İnfertil Kadınların İnfertilite İle İlgili Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1

- [50] Bolsoy, N., Taşpınar, A., Kavlak, O., Şirin, A. (2010). Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(2); 191-198.
- [51] Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function, *Urology*, 63(1); 126-130.
- [52] Şahin Yılmaz, T. (2012). *İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [53] Özkan, M., Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33(1):44-6.
- [54] Kızılkaya Beji, N., Kaya, D. (2012). İnfertilitede Birey - Çift Danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (3): 10-14
- [55] Kurçer, M.A. ve Ark., (1999). İnfertil Kadınların Geleneksel Halk Kısırlık Tedavileri Konusundaki Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 6(4)
- [56] Topdemir Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo - kültürel etkileri. *İnsan Bilim Dergisi*, 1(1):27-38
- [57] Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 27:363-385.
- [58] Donkor, E. S., Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med.*,65(8):1683-94.
- [59] Tutarel Kışlak, Ş., Çabukça, F. (2002) Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5(2)
- [60] İlerisoy, M. (2012). *Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- [61] Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O., Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:140-148

- [62] Yeşiltepe Oskay, Ü. Onat Bayram, G., Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği, s.s 177-195
- [63] Keskin, G., Bilge, A., Baykal Akmeşe, Z., Karaca Saydam, B. (2012). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. *Sted* 21(2), 53-60
- [64] Dilbaz S., (2015), İnfertilite ve Tekrarlayan Gebelik Kaybında Stres ve Depresyon, 13. Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, Antalya web adresi <https://readgur.com/doc/27888/pdf---13.-ulusal-jinekoloji-ve-obstetrik-kongresi>
- [65] Harrison, K.L., Callan, V.J., Hennesey, J.F. (1987) Stress and Semen Quality In an in Vitro Fertilization Program. *Fertil Steril*, 48(4):633-6.
- [66] KOTTAK, Conrad. (2002) Antropología Cultural. Mc Graw Hill, En el Campo
- [67] Kılıç, M., Ejder Alpay, S., Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve Kültür. *İ.U.F.N. Hem. Dergisi*, 19 (2): 109-115
- [68] Aksoy Sugiyama, C. (2012). *Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemlerinin Umutlandırdığı Hayatlar: Hastane Günlükleri*. (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- [69] Levi Strauss, Claude. (2014). Modern Dünyanın Sorunları Karşısında Antropoloji, Metis Yayınları, İstanbul
- [70] Türkdoğan, Ö. (2015). *Kusursuz Çevreye Uyumu Bozan Kadın: İnfertil Kadın*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul:
- [71] Taşcı, K.D., Özkan, S. (2007). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İnfertilite Hakkındaki Görüşleri, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 187-192
- [72] Keskin, G., Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1):9-16
- [73] Saydam, B.K. (2003). Türk Toplumunda İnfertil Kadınların Statüsü. *Sağlık ve Toplum*, 13(1) 30-34.
- [74] Kızılkaya, N. (1987). *İnfertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve İnfertilitenin*

- Psiko-sosyal Değerlendirilmesi.* (Yüksek lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [75] **Akyüz, A.** (1998). İnanç IVF Ünitesinde Eşlere Yönelik Hemşirelik Faaliyetlerinin Planlanmasında Temel Alınacak Deneyim ve Gereksinimlerin Belirlenmesi. 6. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 27.*
- [76] **Ekin Akşit, E.** (2009). Kısırlık: Olanak ve Tahakküm. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 1(2), 44-54
- [77] **Aygin, D., Durat, G.** (2005). Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım. *Androloji Bülteni*, 23, 352-354.
- [78] **Kırço, T.** (2009). *İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [79] **Aygin, D.** (2005). *Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel Yaşam Durumunun İncelenmesi.* (Doktora tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [80] **Çakır, S.** (2008). *Evli Bireylerin Evlilik Uyumlarının Ana - Babalarına Bağlanma Düzeyleri ve Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi) Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [81] **Vural, P. I., Kızılkaya Beji, N.** İnfertilite Sorununun Psikoseksüel Etkileri. *Erkek Üreme Sağlığı.* 134-138
- [82] **Egelioglu Cetişli, N., Serçekuş, P., Oğuz, N.** (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyum. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 16(3): 38-47
- [83] **Algül, Ö.** (2013). *İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın:
- [84] **Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneği (CETAD),** (2006). Cinsel Yaşam ve Sorunları Bilgilendirme Dosyası
- [85] **Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E.G., Yenilmez, Ç.** (2011). Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3):166-76
- [86] **Çorapçioğlu Özdemir, A.** (2006). İnfertilitenin Ruhsal İzdüşümleri. *Türkiye*

- [87] Aydın, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). İnfertil Çiftlerde Cinsel Fonksiyon ve İnfertilite Danışmanının Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (2): 8-13
- [88] Karlıdere, T. (2007). Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 311-322
- [89] Çetinbaş, A., Dağdeviren H.N., Öztora, S., Çaylan, A., Sezer, Ö. (2014). Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. Orijinal Araştırma. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Balkan Yerleşkesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
- [90] Avcı, K., Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (2) 81-85
- [91] Kurt, A.S., Çetinkaya, Ş. (2006). Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi poster sunumu.*
- [92] Özgür, G., Yıldırım, S. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri ve Yaşam Doyumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24(1): 57-65
- [93] Kartal, B., Başer, M. (2011). Yaşam Kalitesini Etkileyen Kadın Sağlık Sorunları. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik*, 21(3): 195-200
- [94] Çetinbaş, A. (2014). *Trakya Üniversitesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi.* (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne
- [95] Göker Tamay, A., Koyuncu, F.M. (2012). İnfertil Çiftlerde Seksüel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi İnfertilite Özel Sayısı*, 5(2): 97-102
- [96] Duman, S. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Öznel İyi Oluş ve Benlik Saygısının Stresle Başa Çıkma Tarzlarıyla İlişkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, İstanbul

- [97] **Yiğit, H.** (2010). *Ergenlerin Benlik Saygılarının Yaşam Doyumu ve Bazı Özlük Nitelikleri Açısından İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya
- [98] **Hamarta, E., Arslan, C., Saygın, Y., Özyeşil, Z.** (2009). Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarının Analizi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(18): 25-42
- [99] **Taşgıt, M. S.** (2012). *Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Karar Verme Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman
- [100] **Tezcan, B.** (2009) *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar*. (Uzmanlık Tezi), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- [101] **El Kissi, Y., Romdhane, A.B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H.** (2013). General Psychopathology, Anxiety, Depression and Self-esteem in Couples Undergoing Infertility Treatment: a Comparative Study Between Men and Women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;167:185-9.
- [102] **Öztürk, T.** (2011). *İnfertilitede Anksiyete, Depresyon, Stresle Başa Çıkma Tutumları, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Açısından Cinsiyet Farklılıkları*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- [103] **Güngör, İ.** (2012). *İnfertil Hemşirelerde Eğitim ve Danışmanlık Süreci Hemşirelik Yaklaşımı. I. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Seminer Sunum*, Acıbadem, İstanbul
- [104] **Aşçı, Ö., Kızılkaya Beji, N.** (2012). İnfertilite Danışmanlığı. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20(2): 154-159
- [105] **Durgun Ozan, Y.** (2013). *Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

- [106] **Gümüş, B.** (2012). İnfertil Çiftte Erkek Faktörünün Güncel Değerlendirmesine Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi İnfertilite Özel Sayısı*, 5(2): 6-8
- [107] **Yıldız Eryılmaz, H., Ekşi, Z., Günüşen Ertuğrul, E.** (2009). İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği
- [108] **Gürbüz Keskin, Ş.** (2007). *İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) Sonuçlarına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- [109] **Boyras, G.** (2013). *Açıklanamayan İnfertilite Nedeniyle İntrauterin İnseminasyon Uygulanan Hastalarda Ejakülattaki Preapoptotik Sperm Oranının İntrauterin İnseminasyon Başarısındaki Etkisinin Araştırılması*. (Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ankara
- [110] **Şahin, G., Tavmergen, E.** (2012). IUI'da Başarıyı Artırmanın Yolları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi İnfertilite Özel Sayısı*, 5(2): 21-29
- [111] **Çolakoğlu, M., Özçelik, R., Sekmenli T.** (2013). Yumurta Toplama ve Embriyo Transferi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi İnfertil Hastalarda Yardımcı Üreme Teknikleri Özel Sayısı*, 6(1): 42-44
- [112] **Durmazoğlu, G.** (2015). *İnfertilite Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir:
- [113] **Solmaz Hasdemir, P., Bulut Kamali, Melek., Özçakır, H. T.** (2015). İnfertilite Olgularında Tedavi Başlangıcında Sözel ile Yazılı Bilgilendirmenin Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2):14- 17
- [114] **Çakır Güngör, A. ve ark.** (2015).İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Hastalarda Üstbilmiş İşlevleri ve Anksiyete. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(6),196-199
- [115] **Şensözen, G.** (2009). İnfertilite Hastalarının Sağlık Personeli Üzerinde

Yarattığı Stres ve Başetme Yöntemleri. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği

- [116] Taşcı E., Bolsoy N., Kavlak, O., Yücesoy, F. (2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2): 105-110
- [117] Baydar, Ö., Yanikkerem, E. (2016). İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Boyutları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 7(7):98-117
- [118] Karaca, A., Ünsal, G. (2015). İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015;12 (2): 126-132
- [119] Ataman, H., Arslan, H. (2010). Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 75-86
- [220] Ünal, S., Kargın, M., Akyüz, A. (2010). İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 481-486
- [121] Yılmaz, T., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *HSP*, 2(1):100-112
- [122] Göcek Yorulmaz, E., Tekinsav Sütcü, S. (2015). İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği: Sistemik Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):144-156
- [123] Eren, N. (2008). *İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite ile İlişkili Stres ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi*. (Uzmanlık Tezi), Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara
- [124] Coşkun, A., Yılmaz, S., Yılmaz T. (2009). İnfertil Çiftlerde Eğitim ve Danışmanlık Süresi, hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite 124
- [125] Güngör, İ., Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Roller ve Sertifikasyon Gereksinimi. *F.N. Hem. Dergisi*, 23(2): 152-159
- [126] Öner Altınok, H., Ek, N., Koruklu, N. (2010). Üniversite Öğrencilerinin

Benlik Saygı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi,
Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1(1): 99-120

- [127] **Karaca, N. ve ark.** (2016). Effect of IVF Failure on Quality of Life and Emotional Status in Infertile Couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206:158–163
- [128] **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)**, (2016) Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 24638, 31 Ocak 2017, Web adresi http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059
- [129] **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)**, (2014), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Web adresi http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013
- [130] **Öztürk, R., Taner, A., Güneri, S., Yılmaz, B.** (2016). Şiddetin Bir Diğer Yüzü: İnfertilite. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir
- [131] **Kargın, M., Ünal, S.** (2011). İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. *Yeni Symposium Journal*, 49(1): 54-60
- [132] **Şen, E., Bulut, S., Şirin, A.** (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 22(1): 17-24
- [133] **Güleç Şatır, D., Kavlak, O.** (2016). İnfertil Bireylerin İnfertilite İle İlgili İnternet Kullanma Durumlarının İncelenmesi. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir ss.41
- [134] **Seven, M.** (2008). *İnfertilite Tedavi Sonrası Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Depresif Belirtilerin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [135] **Fata, S., Aluş Tokat, M., Bağardı, N., Yılmaz.** (2016). I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir ss.157
- [136] **Wischmann, T. ve ark.** (2014). Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 74(8): 759–763.
- [137] **Rauf, M.A., Fatima, S., Liaqat, S.** (2015). Level of Depression, Self-esteem and Life Satisfaction Among Infertile Female. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(8): 106-114
- [138] **Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., Seibel, M., Benson, H.** (1992).

- Psychological Improvement in Infertile Women After Behavioral Treatment: A Replication. *Fertil Steril.* 58(1):144-7
- [139] **Lukse, M.P. Vaac N.** (1999). Grief, Depression and Coping in Woman Undergoing Infertility Treatment. *Fertil Steril.* 72(4):623-8
- [140] **Upkong, D., Orji, E.O.** (2006). Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4); 259-265.
- [141] **Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Jafarabadi, M.** (2004) Surveying of Relationship Between Anxiety, Depresson and Duration of Infertility. *International Congress Series*, 1271:334-337.
- [142] **Whiteford, L. M., Gonzales, L.** (1995). Stigma: The Hidden Burden of Infertility. *Soc. Sci. Med.* 40(1): 27-36
- [143] **Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliewer, W., James, C. A.** (2003). Longitudinal Analysis of The Relationship Between Unsupportive Social Interactions and Psychological Adjustment Among Women With Fertility Problems. *Social Science Medicine*, 56, 2165–2180.
- [144] **Xin, X., Pan, B.C., Du, Q., Liang, X.M., Wang, L.** (2013). Impact of Male Infertility on Men's Self-esteem and Satisfaction With Sexual Relationship. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 19(3): 223-227
- [145] **Güz, H., Özkan, A., Sarısoy, G., Yanık, F., Yanık A.** (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24: 267-271.
- [146] **Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., Castrogiovanni, P.** (2008). Infertility and Psychiatric Morbidity. *Fertility and Sterility*, 90(6); 2107-2111
- [147] **Teskereci, G.** (2010). *İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya
- [148] **Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., Ashrafi, M.** (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res.*, 8; 1-6
- [149] **Malhan, S., Öksüz, E., Biberoglu, G., Ersoy, K.** (2004). İnfertilite Tedavisi Uygulanan Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu İzmir, 8-10 Nisan.

- [150] Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Jewelewicz, R., Maidman, J. (1989). Mood Disorders, Psychiatric Symptoms, and Distress in Women Presenting For Infertility Evaluation. *Fertil Steril*, 52(3):425-32.
- [151] Bedük, A. (2005). Türkiye’de Çalışan Kadın ve Kadın Girişimciliği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(3);106-117.
- [152] Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.*, 21 (5): 211 -220
- [153] Ghasemzad, A., Farzadi L. (2007). Quality of Life And its Correlates Among a Group of Infertile Iranian Women. *Journal of Medical Science Monitory*, 13(7); 313-317.
- [154] Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson P.O., Sogn, J., Hellström, A.L. (2009). Quality of Life For Couples 4-5.5 Years After Unsuccessful IVF Treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 88; 291- 300.
- [155] Gao, M., Ji, X., Zhou, L., Zhang, Z. (2016). The Fertility Quality of Life (FertiQol) in Chinese Infertile Women. *Translational Andrology and Urology*, 5(1)
- [156] Wang, K., Li, J., Zhang J. X., Zhang, L., Yu, J., Jiang, P. (2007). Psychological Characteristics and Marital Quality of Infertile Women Registered For In Vitro Fertilization Intracytoplasmic Sperm Injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4); 792-798
- [157] El-Messidi, A., Al-Fozan, H., Tan, L.S., Farag, R., Tulandi, T. (2004). Effects of Repeated Treatment Failure on The Quality of Life of Couples With Infertility. *J. Obstet Gynaecol Can*, 26(4); 333-337.
- [158] Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2008). Evaluation of Marital And Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1-11.
- [159] Khayata, G.M., Rizk, D.E., Hasan, M.Y., (2003). Factors Influencing The Quality of Life of Infertile Women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 80(2); 183–88.
- [160] Lau, J.T.F., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X., Tsu, H.Y. (2008).

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.

[161] **Olshansky, E., Sereika S.** (2005). The Transition From Pregnancy to Postpartum in Previously Infertile Women: A Focus on Depression. *Arch Psychiatr Nurs*; 19(6):273-280.

[162] **Keramat A., Masoomi, S.Z., Mousavi, S.A., Poorolajal, J., Hazavhei, S.M. Shobeiri, F** (2014). Quality of Life And its Related Factors in Infertile Couples. *J Res Health Sci.*,14(1):57-63.

EKLER

Ek A.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU (2011-KAEK-42) KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Infertilite Tedavi - İzlem Sürecinin Çiftin Yaşam Kalitesine ve Duygusal Durumuna Etkisi
-----------------------	--

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BaşKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mahmut Gümüş

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut GÜMÜŞ	Tıbbi Onkoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Temel TOMBUL	Nöroloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmail MERAL	Fizyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nergiz YILMAZ	Ağız -Diş ve Çene Cerrahisi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATIĞI
Doç. Dr. Binnur AYDOĞAN TEMEL	Eczacılık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fahri AKBAŞ	Tıbbi Biyoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nur BÜYÜKPINARBAŞILI	Tıbbi Patoloji	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Mehmet Onur KAYA	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mustafa Fırat ALKAYA	Hukuk	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eda BAYRAKTAR	Sivil Üye	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

Karar:

Onaylandı

Reddedildi

Etik Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Mahmut GÜMÜŞ

Ek B. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Araştırmanın adı: İnfertilite Bireyin Yaşam Kalitesine ve Benlik Saygısına Etkisi

Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız; Araştırma, infertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve duygusal durum üzerine etkisini belirlemek ve dolayısıyla infertil bireylere bakım ve danışmanlık verecek olan hemşireye yol gösterici olmak amacıyla gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen kriterlere uygun 150 birey (100 kadın ve 50erkek) dahil edilecektir.

Araştırma gönüllüler tarafından herhangi bir risk taşımamakla birlikte, gönüllülere klinik olarak herhangi bir yararı bulunmamaktadır.

Bu araştırmaya katılmanız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmadan, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ve araştırmadan çekilebilirsiniz.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulur, kamuoyuna açıklanamaz, araştırma sonuçları yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

‘Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum’.

Araştırma danışmanı: PROF. DR. ANAYİT M. COŞKUN

Yardımcı Araştırmacı: Nebahat KOCA

Gönüllünün adı/soyadı:

Tarih :

İmza :

Ek C. BİLGİ FORMU

I - Sosyo – demografik Veriler:

1)Yaş:

- 20 yaş ve altı
- 20- 25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41 yaş ve üstü

2) Öğrenim düzeyi:

- Okuryazar
- Orta öğrenim
- Lise Mezunu
- Üniversite ve üstü

3) Çalışma durumu:

- Evet
- Hayır

5) Sosyal Güvence durumu:

- Var
- Yok

6) Algılanan gelir durumu:

- Gelir giderden fazla
- Gelir gidere eşit
- Gelir giderden az

7) Eşinizin yaşı:

- 20 yaş ve altı
- 20- 25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41 yaş ve üstü

8) Evlilik biçiminiz:

- Görücü usulü / istemeden
 Görücü usulü/isteyerek
 Tanışarak/ flört ederek

9) Evlilik Süresi:

- 2 yıl ve altı
 3 - 5 yıl
 6 - 8 yıl
 9 yıl ve üstü

10) Bu güne dek en uzun yaşadığınız bölge:

- Akdeniz Bölgesi
 Karadeniz Bölgesi
 Doğu Anadolu Bölgesi
 Marmara Bölgesi
 Ege Bölgesi
 İç Anadolu Bölgesi
 Güneydoğu Anadolu Bölgesi

11) Şuana kadar en uzun süre yaşadığınız yer:

- Köy
 Kasaba
 İlçe
 Şehir

12)Aile tipiniz:

- Çekirdek aile
 Geniş aile

II - Araştırmaya İlişkin Sorular

13) Kaçınıcı evliliğiniz?

- 1
 2
 3 ve +

14) Önceki evliliğinizden çocuğunuz var mı?

- Evet
 Hayır

15) Yaşayan çocuk sayınız kaç tane?

- Hiç
 1
 2
 3 ve +

16) Kaç yıldır çocuk istiyorsunuz?

- 2 yıl ve altı
 3 - 5 yıl
 6 - 8 yıl
 9 yıl ve üstü

17) Kaç yıldır çocuk sahibi olmak için tedavi görüyorsunuz?

- 1 yıl ve altı
 2 - 4 yıl
 4 - 6 yıl
 7 yıl ve üstü

18) Çocuk sahibi olmak için daha önceden başka bir kurumda tedavi gördünüz mü?

- Hayır
 Evet (Cevabınız evet ise)
 1 kez
 2 kez
 3 ve daha fazla

19) Görmüş olduğunuz bu tedavi-izlem süreci, aile bütçenizi ne kadar etkiliyor?

- Etkilemiyor
 Önemli derecede etkilemiyor
 Çok zorluyor

20) Çocuk sahibi olamama nedeniniz

- Nedeni bilinmiyor
 Kadına bağlı
 Erkeğe bağlı
 Hem kadına hem erkeğe bağlı

21) Çocuk sahibi olmaya karar vermeden önce korunma yöntemleri kullandınız mı?

- Hayır
- Evet (**Cevabınız evet ise hangi yöntem**)
- Hap
- RİA
- Prezervatif
- Geri çekme
- Diğer.....

22) İnfertilite konusunda bilgi aldınız mı?

- Hayır
- Evet (**Cevabınız evet ise nereden aldınız? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz**)
- Kitap, dergi, gazete, internet, televizyon
- Ebe, hemşire
- Doktor
- Arkadaş, akraba, çevre
- Diğer.....

23) Yaşadığınız bu süreçte size destek olan kişi(ler) var mı?

- Hayır
- Evet(**Cevabınız evet ise**)
- Eşim
- Kendi ailem
- Eşimin ailesi
- Diğer

24) Verilen bu desteği yeterli buluyor musunuz?

- Evet
- Hayır

25) Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Çok üzülüyorum
- Boşanmaktan korkuyorum
- Eşimden ve ailesinden utanıyorum
- Çok mutsuzum
- Hiçbir şey değişmedi
- Diğer.....

Ek D.

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun şıkkı (X) ile işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

3.Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

5.Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içerisindeyim.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli olmadığını düşünüyorum.

a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

Ek E.

FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınız şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir. Lütfen yıldız (*) işaretli maddeleri yalnızca bir çift ilişkisi içindeyseniz cevaplayınız.

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok kötü	kötü	ne iyi ne kötü	iyi	çok iyi
A Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
B Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Tamamen	epeyce	ortalama	biraz	hiç
Q 1 Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 2 Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 3 Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 4 Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
Q 5 Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 6 Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
Q 7 Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 8 Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 9 Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 10 Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 11 Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 12 Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 13 Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 14 Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
*Q15 Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 16 Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 17 Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18 Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19 Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20 Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21 Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22 Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23 Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkelandiriyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24 Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQol International

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere) başladınız mı?

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

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman	
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	İsteddiğiniz tedavi hizmetleri size sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç	
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığını anladığınızı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum	
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Nebahat KOCA ÇAVDAR

3. Bölümü: Kadın Doğum

4. İletişim : 0553 013 69 96

Mail : kc.nebahat@gmail.com

5. Öğrenim Durumu : Yüksek Lisans / Tez Aşamasında

DERECE	ALAN	ÜNİVERSİTE	YILI
Lise		Domaniç Lisesi	2002-2006
Ön lisans	Bilgisayar teknolojileri ve programlama	Selçuk Üniversitesi Akören Ali Rıza Ercan MYO	2006-2008
Lisans	Ebelik	Dumlupınar Üniversitesi	2009-2013
Yüksek lisans	Hemşirelik	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bezmialem Vakıf Üniversitesi	2014-2015 (Güz Dönemi) Devam ediyor (Tez Aşaması)

6. Çalıştığı Kurumlar ve Görevler

Kurum Adı	Görev	Yıl
Bezmialem Vakıf Üniversitesi	Araştırma Görevlisi	Aralık 2014-Kasım 2016

7. Yüksek Lisans Tezi: İnfertilitenin Bireyin Yaşam Kalitesine ve Benlik Saygısına Etkisi

Danışman: Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN

8. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikleri: Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği

İstanbul Doğum Akademisi

9. Katılımcı Olarak Yer Aldığı Bilimsel Toplantılar:

- " CPR, Temel Yaşam Desteği" Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dekanlık salonu, İstanbul 10.02.2015
- "Ulusal Doğum Sempozyumu" Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Rixos Otel, Ankara, 04.04.2015
- "5. İstanbul Kadın Doğum Günleri, Hemşirelik Oturumu" İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 01.05.2015
- "Cinsel Sağlık Sempozyumu" Liv Hospital, İstanbul, 09.06.2015
- "II. İnfertilite Hemşireliği Sempozyumu" Memorial Ataşehir Hastanesi, İstanbul, 25.12.2015
- "Toplumsal Cinsiyet Eşit(SİZ)liği Yansımaları: Engeller ve Çözüm Önerileri" sempozyumu, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, 08.03.2016
- "Dünya Böbrek Etkinliği: Çocuklarımız" paneli, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, BVU Dekanlık Konferans Salonu, İstanbul, 10.03.2016
- "Sağlık Sistemi ve Ebelik" sempozyumu T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, 21.04.2016
- "Bası Yarasına Yaklaşımlar Sempozyumu", Bezmialem Vakıf Üniversitesi, BVU Dekanlık Konferans Salonu, İstanbul, 26.05.2016
- "Anneler Yaşasın – Yaşasın Anneler " temalı 34. Zeynep Kamil Jinekoloji – Patoloji Kongresi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Kampüsü, 14.10.2016 – 15.10.2016
- "İnfertilite Hemşireliği Programı", Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği İstanbul Anadolu Şubesi Aylık Toplantısı, Hilton Kozyatağı, İstanbul,19.02.2017
- 5.Acıbadem Kadın Doğum Günleri, Wyndham Grand Levent Otel, İstanbul, 07-09 Nisan 2017

10. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

- **Nebahat Koca Cavdar**, Semra Akbaba, Anayit M Coşkun, (2016) Anne ve Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler, Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi, Ankara, 02– 04 Aralık 2016

11. Aldığı Kurslar

- 5.Acıbadem Kadın Doğum Günleri İnfertilite ve Tüp Bebek Hemşireliği Kursu, Wyndham Grand Levent Otel, İstanbul, 07.04.2017

12. Son İki Yılda Verdiği Seminer ve Kurslar

- “İnfertilitenin Çiftin Yaşam Kalitesine Etkisi” semineri, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Eyüp Sultan Yerleşkesi, İstanbul, 13.05.2016

13.Son iki yılda verdiği lisans düzeyindeki dersler

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati			Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	Laboratuvar	
2014-2015	İlkbahar	Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar		8	4	50
2015-2016	Güz	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		8	4	27
2015-2016	İlkbahar	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		8		27
2015-2016	İlkbahar	Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar		8		95
2016-2017	Güz	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		16	4	55

