



**HEMŞİRELERİN İNFERTİLİTEYE YÖNELİK
TUTUMLARINI VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİNE
YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Derya YÜKSELEN EROL
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdağöl YAĞMUR**

Yüksek Lisans Tezi – 2019

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN İNFERTİLİTEYE YÖNELİK TUTUMLARINI VE
YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Derya YÜKSELEN EROL

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi**


**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdağül YAĞMUR**

**MALATYA
2019**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Derya YÜKSELEN EROL'un "Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler"** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

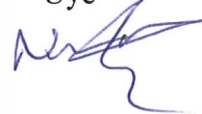
Tez Savunma Tarihi: 21/06/2019


Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN
İnönü Üniversitesi
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Nursel ALP DAL
Munzur Üniversitesi
Üye



ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnfertilite Tanımı	3
2.2. Fertilite Koşulları	3
2.3. İnfertilitede Etiyoloji	3
2.3.1. Kadına İlişkin Faktörler	3
2.3.2. Erkeğe İlişkin Faktörler	4
2.3.3. Kadın ve Erkeğe İlişkin Ortak Faktörler	5
2.3.3.1. Cinsel İlişkiye İlişkin Faktörler	5
2.3.3.2. Sağlığa İlişkin Faktörler	6
2.3.3.3. Yaşam Tarzına İlişkin Faktörler	6
2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi	7
2.4.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi	7
2.4.1.1. Erkek İnfertilitesinin Endokrin Değerlendirilmesi	8
2.4.1.2. Spermiyogram	9
2.4.1.3. Erkek İnfertilitesinde Radyolojik Değerlendirme	9
2.4.2. Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi	9
2.4.2.1. Fiziksel Muayene ve Özgeçmiş	9
2.4.2.2. Ovulasyon Faktörünün Değerlendirilmesi	10
2.4.2.3. Servikal Faktörünün Değerlendirilmesi	10
2.4.2.4. Uterin Faktörün Değerlendirilmesi	11
2.5. Yardımcı Üreme Teknikleri	11
2.5.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)	11
2.5.2. İn Vitro Fertilizasyon (IVF)	12
2.5.3. Gamet İntrafallopian Transferi (GİFT)	12
2.5.4. Zigot İntrafallopian Transferi (ZİFT)	12
2.5.5. Blastosist Transferi	13
2.5.6. Sperm Elde Etme Yöntemleri	13

2.5.7. Kriyoprezervasyon.....	13
2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Yasal Durum.....	14
2.7. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Etik.....	14
2.8. İnfertilite ve Yardımcı Üreme Tedavileri Sürecinde Hemşirenin Rolü.....	15
3. MATERYAL VE METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.1. Anket Formu.....	19
3.4.2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ).....	19
3.5. Verilerin Toplanması.....	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	57
EK-1. Özgeçmiş.....	57
EK-2. Anket Formu.....	58
EK-3. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ).....	61
EK-4. Etik Kurul Onay Sayfası.....	62
EK-5. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	63
EK-6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi İzin Formu.....	64

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında yardımlarını ve bilgisini eksik etmeyen, bana rehberlik eden ve yol gösteren değerli hocam, danıőmanım Prof. Dr. Yurdağül YAĞMUR'a, anket çalıőmama katılan tım hemşire arkadaşlara, eğitim hayatım boyunca beni destekleyen aileme ve yksek lisans eğitimim suresince her konuda yanımda olan eőime sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.



ÖZET

Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler

Amaç: Araştırmanın amacı hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumları ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma kesitsel tipte yapıldı. Araştırmanın örneklemini Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan toplam 485 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında anket formu ve İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ) kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve one way anova testi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin %92.2'sinin tüp bebek tedavisini tercih edeceği, %74.4'ünün sperm dondurulmasını uygun bulduğu, %70.3'ünün oositlerin dondurulmasını uygun bulduğu, %5.4'ünün taşıyıcı anneliği kabul edebileceği bulundu. Cinsiyet ile tüp bebek tedavisine yönelik görüşler arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu ile taşıyıcı anneliğe yönelik görüş arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu ile İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Hemşirelerin çalışma yılı infertiliteye yönelik tutumlarını etkilememektedir ($p>0.05$).

Sonuç: Kadınların tüp bebek tedavisini tercih etme oranı erkeklerden yüksekti. Bekar olanların ve çocuğu olmayanların sperm ve oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksekti. Bekar olanların ve çocuğu olmayanların oosit bağışıyla ve taşıyıcı annelikle çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksekti. 35 yaş altındakilerin, kadınların, üniversite ve üzeri mezunların, bekar olanların, çocuğu olmayanların infertiliteye yönelik tutumları daha olumluydu.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler, infertilite, yardımcı üreme teknikleri.

ABSTRACT

Factors Affecting Nurses' Attitudes Towards Infertility and Their Views Towards Assisted Reproductive Techniques

Aim: The aim of the study is to determine the factors affecting nurses' attitudes towards infertility and their views towards assisted reproductive techniques.

Material and Method: This is cross-sectional research. The sample of study consisted of 485 nurses working in Malatya Training and Research Hospital and Turgut Özal Medical Center. Questionnaire form and the Attitudes towards Infertility Scale were used to collect data. For data analysis number, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, t test in independent groups and one-way anova test were used.

Results: It was found that 92.2% of nurses would prefer In Vitro Fertilization (IVF) treatment, 74.4% found freezing sperms suitable, 70.3% found freezing oocytes suitable, 5.4% could accept surrogacy. There was significant difference between gender and views towards IVF ($p < 0.05$). There was significant difference between marital status, having children and opinions about surrogacy ($p < 0.05$). There was significant difference between age, gender, education level, marital status, having children and attitudes towards infertility ($p < 0.05$). Nurses' working years don't affect their attitude towards infertility ($p > 0.05$).

Conclusion: The rate of women preferring IVF was higher. The rate of nurses who are single and childless approval sperm and oocytes donation was higher. Single and non-children were more likely to have children by oocyte donation and surrogacy. The attitudes of under 35, graduates of university and higher, singles, childless' towards infertility were more favorable.

Key Words: Nurses, infertility, assisted reproductive techniques.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
GİFT	: Gamet İntrafallopian Transferi
ICSI	: Intra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	: İntrauterin İnsemonasyon
IVF	: In Vitro Fertilizasyon
İYTÖ	: İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
ZİFT	: Zigot İntrafallopian Transfer

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	21
Tablo 4.2. Hemşirelerin Tüp Bebek Tedavisine Yönelik Bazı Görüşleri.....	22
Tablo 4.3. Hemşirelerin Sperm ve Oositlerin Dondurularak Saklanması ve Kullanılması Konusundaki Düşünceleri.....	23
Tablo 4.4. Hemşirelerin Sperm Bağışı, Oosit Bağışı ve Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşleri.....	24
Tablo 4.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tüp Bebek Tedavisini Tercih Etme Durumları İle Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tüp Bebek Tedavisi Yoluyla Çocukları Olduğunda Çevreyle Paylaşmaları.....	26
Tablo 4.7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sperm Dondurmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.8. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sperm Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.9. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Oositlerin Dondurulmasına Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.10. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Oosit Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.11. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.12. Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalaması.....	35
Tablo 4.13. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	36

1. GİRİŞ

İnfertilite, 12 ay ve daha uzun süreli düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen klinik bir gebeliğin başarılmadığı bir üreme sistemi hastalığıdır (1). Türkiye’de 15-49 yaş arasındaki kadınlarda infertilite görülme oranı yaklaşık olarak %12,2’dir (2). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre ise infertilite tüm dünyadaki kadınların 50-80 milyon kadarını, yaklaşık olarak %8-12 kadarını etkileyen bir problemdir (3). İnfertilite bireyleri psikolojik, sosyal, mali ve fiziksel yönden etkilemektedir. Bireylerin evlilik hayatı, günlük yaşamları, kendilerine olan saygıları ve özgüvenleri infertiliteden etkilenmektedir. Bireylerin etkilenme durumu, aldıkları psikolojik yardıma ve infertilitenin nedenine göre değişebilmektedir (4, 5). İnfertilite sadece bireyleri değil, toplumu da etkilemektedir ve bu nedenle sadece bir jinekolojik rahatsızlık olarak ta düşünülmemelidir. Toplum için neslin devamlılığı çocuk sahibi olmaya bağlandığı için infertilite tüm toplumlarda bir kriz yaratabilmektedir. Özellikle de infertilitenin daha sık görüldüğü gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorundur. Toplumun infertiliteye olumsuz bakışı bireyler üzerinde sosyal baskıya neden olmaktadır. Bu sosyal baskı altındaki çiftler yardımcı üreme tedavilerine başvurmaktadırlar (3, 6).

Ebeveyn olmak evrensel bir hedefdir ve çocuk sahibi olmak çoğu kişinin hayat planlarının içinde vardır. Ancak bu plan her zaman kolaylıkla gerçekleştirilememekte ve kişiler medikal tedavi arayışına girmektedir (7). Bu medikal tedavi arayışı noktasında, birçok aile için İntrauterin İnseminasyon (IUI), *In Vitro* Fertilizasyon (IVF), Gamet İntrafallopian Transferi (GIFT), Zigot İntrafallopian Transferi (ZIFT) ve İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) gibi Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) bir umut olmaktadır. İlk olarak 1970’lerde basit işlemlerle başlayan YÜT hızla gelişerek günümüze kadar gelmiştir ve gelişmeye de devam etmektedir. YÜT bir yandan gelişmeye devam ederken, etik bir takım sorunlara da neden olmaktadır (8, 9). Yaşamın doğal değil yapay olarak başlatılması insanlar arasında tartışma yaratmaktadır. Embriyonun cinsiyetine karar verme, sadece sağlıklı embriyoların seçilmesi, kullanılmayan embriyoların atılması, kasıtlı olarak birden fazla sayıda embriyo oluşturulması, sperm hücrelerinin dondurularak saklanması, oosit toplanması ve dondurulması tartışılan konular arasındadır (6).

Ailelerin infertilite tedavi sürecini mümkün olduğunca stressiz geçirmeleri sağlanmalıdır. Stressiz bir süreç için de profesyonel bir ekibe ihtiyaç vardır. Hemşire YÜT ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hemşire bilgi ve tecrübesiyle yardımcı üreme

tedavisi sürecinde çiftlere danışmanlık yapmakta ve eğitimci görevi üstlenmektedir. İnfertil çiftlerin tedavi sürecine iyi uyum sağlayabilmeleri için hemşire destek sağlamaktadır. Çiftlere gerekli desteği sağlayabilmesi ve uygun danışmanlığı yapabilmesi için hemşire infertiliteye karşı olumlu bir tutum içinde olmalı ve yardımcı üreme tedavileri ile ilgili kendi inanışlarının farkında olmalıdır. Yardımcı üreme tedavileri ile ilgili hemşirelerin görüşlerini saptamak farkındalık yaratacaktır. Farkındalığı artan hemşire, toplumu daha doğru bir şekilde yönlendirebilecektir (10, 11). Bu noktada hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumlarını ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini belirlemek var olan sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın amacı hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumlarını ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite Tanımı

İnfertilite, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin en az bir yıl süreyle düzenli cinsel ilişki yaşamalarına rağmen gebeliğin oluşamaması durumudur. İnfertilite primer ve sekonder olarak görülebilmektedir (12). En az bir yıl süreyle kontrasepsiyon uygulanmadan cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebeliğin oluşmadığı durumda primer infertilite, daha önce gebelik oluşmasına rağmen, son 12 ay içinde kontrasepsiyon uygulanmadan cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen tekrar gebeliğin oluşturulamaması durumunda ise sekonder infertiliteden söz edilmektedir (13).

2.2. Fertilite Koşulları

Tedaviye ihtiyaç duymadan gebeliğin oluşabilmesi için kadın ve erkekte bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Erkekte; testislerde üretilen spermlerin normal kalite ve sayıda olması, üreme sisteminin kanallarında herhangi bir tıkanıklık olmaması, üreme sistemine ait olan salgıların normal salgılanması ve testislerde üretilen spermlerin kadının vücudunda servikse ulaşabilecek fonksiyonda olması gerekmektedir (8).

Kadında ise; servikal mukus spermlerin yaşaması için uygun olmalı, üreme sisteminde herhangi bir tıkanıklık ve enfeksiyon olmamalı, uterus anatomik olarak normal olmalı, ovulasyon olmalı ve over fonksiyonlarını etkileyecek sistemik bir rahatsızlık olmaması gerekmektedir (13).

2.3. İnfertilitede Etiyoloji

Fertil bir çiftin gebelik şansı her siklusta yaklaşık olarak %20'dir. İnfertilite kadın, erkek ya da her iki cinsiyetten kaynaklı olabilmektedir. İnfertilite %40 kadından, %40 erkekten, %20 ise her iki cinsiyetten kaynaklanan sebeplerden oluşabilmektedir (8).

2.3.1. Kadına İlişkin Faktörler

Overlere İlişkin Faktörler: Anovulasyon, oligoovulasyon, polikistik over sendromu ve amenore overlerden kaynaklanan infertilite nedenlerindedir. Menstrual sikluslar genellikle düzensizdir (14). Overler aynı zaman da endokrin organlarla sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim farklı seviyelerde infertiliteye neden olabilmektedir. Hipogonadotropik hipogonadizm, hipertiroidizm ve hipotiroidizm gibi tiroid bozuklukları overleri etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir (15).

Tubalara İlişkin Faktörler: Tubalar fertilizasyonun gerçekleştiği yerdir. Ovumu yakalar, spermin ve zigotun taşınmasını sağlar. Pelvik inflamatuvar hastalık geçirme veya tubal cerrahi geçirme sonrasında tubalarda zedelenme gerçekleşebilmekte ve tubalarda tıkanıklık oluşabilmektedir. Bu durumda da infertilite görülebilmektedir (12). Çoğu tubal faktör infertilitesi tedavi edilmeyen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara (CYBH) bağlı olmaktadır. Çünkü CYBH tubalarda enfeksiyon ve hasara neden olmaktadır. CYBH kadınlarda ayrıca pelvik inflamatuvar hastalığa ve erkeklerde üreme sistemi kanallarında tıkanıklığa, enfeksiyona ve spermilerin yapısında bozukluğa neden olmaktadır (16).

Uterusa İlişkin Faktörler: Anormal uterus şekli, intrauterin septum, polip, leiomyom ve uterustaki yapışıklıklar infertiliteye neden olabilmektedir. Uterustaki iyi huylu fibroidler de kadında 30 yaşından sonra görülmekte ve infertiliteye neden olmaktadır. Büyük fibroidler serviksin pozisyonunu değiştirmekte veya tubalarda tıkanıklığa neden olarak infertiliteye yol açabilmektedir (17). Ayrıca endometriozis de infertilite nedenlerinden biridir. İnfertilite vakalarının %25-50'sinde endometriozis görülmektedir. Endometriozisin pelvik anatomiye bozduğu, artan enflamatuvar durumun tubalara, oositlere, spermilere ve embriyoya zarar verdiği ve böylelikle infertiliteye neden olduğu düşünülmektedir (18).

Servikse İlişkin Faktörler: Normalde servikal ortam sperme hayatta kalması ve hareket etmesi için gerekli ortamı sağlamaktadır. Östrojen hormonunun etkisi ile servikste değişiklik olmakta ve servikal mukus spermeler için uygun bir ortam oluşturmaktadır. Ancak bu hormonal salınımda bir sorun var ise servikal mukus spermeleri tahrip etmekte ve böylece infertilite nedeni olabilmektedir (19).

Vulva ve Vajene İlişkin Faktörler: Vajende septum bulunması, vajenin parsiyel veya total yokluğu gibi anatomik durumlar infertilite nedeni olabilmektedir. Ayrıca disparoni ve vajinusmus da cinsel isteksizliği arttırdığı için infertilite nedeni olabilmektedir (12).

2.3.2. Erkeğe İlişkin Faktörler

Sperm Üretimi ile İlgili Faktörler: İnfertilite problemi üreme çağındaki erkeklerin yaklaşık %6'sında ortaya çıkabilmektedir. İnfertilite probleminin görüldüğü vakaların yaklaşık olarak %90'ında spermatogenezin bozulmuş olduğu belirtilmektedir. Sperm üretimindeki bozukluklarda, spermelerin sayıca yetersizliğinde, spermelerin yapısında var olan herhangi bir bozuklukta veya spermeleri taşıyan kanallarda tıkanıklık

durumunda infertilite görülebilmektedir. Ayrıca ejakülatta spermin bulunmaması anlamına gelen azospermi de infertilite sebebi olmaktadır (20). Fertilizasyonun sağlanabilmesi için spermelerin normal morfolojide olması gerekmektedir. Spermelerin hareket ve morfolojisinde anormal bir durum varlığında infertilite görülmektedir (21). İleri yaşlarda sperm üretiminin azalmasına bağlı olarak da infertilite görülebilmektedir. Çünkü erkeklerde yaşla birlikte gonadal fonksiyonlar ve testosteron üretiminde azalma görülmektedir. Ayrıca semen parametrelerinde de yaşla birlikte değişim olmaktadır. Yaş arttıkça semen hacmi ve motilitesi azalmaktadır (22).

Testislere İlişkin Faktörler: İnfertilitenin testislere ilişkin faktörleri arasında inmemiş testis, varikozel ve orşit sayılabilmektedir (12). Miadında doğan yenidoğanların %3'ünde ve erken doğmuş bebeklerin ise %30'unda inmemiş testis görülebilmektedir. Vakaların çoğunda testisler ilk 6 ay içinde olmaları gereken yer olan skrotuma inmektedir. Bir kısmında ise inmemiş testis olarak kalmaktadır (23). İnmemiş testis durumunda, testisler inguinal kanal veya karın içinde kaldıklarından spermatogenezde bozulma görülmektedir. Varikozel skrotumda ısı artışına, testislerde hidrostatik basıncın artmasına neden olur. Venöz staz ve testislerde hipoksi sonucu spermatogenez bozulmakta, ve bu da infertilite nedeni olabilmektedir (12). Bir çeşit erkek üreme organları enfeksiyonu olan orşit, kabakulaktan ve başka viral sebeplerden kaynaklanabilmektedir. Enfeksiyon testisleri etkilemektedir. Testislerde ödeme sebep olmaktadır. Orşit eğer kabakulağa bağlı ise iki taraflı testis enfeksiyonu ve atrofi görülebilmektedir (24).

Hormonal Faktörler: Hipotalamik hipofizer hastalıklar, hipertiroidizm, hipotiroidizm ve adrenal yetmezlik infertiliteye neden olan hormonal faktörlerdendir. Hipogonadizm azospermiye ve dolayısıyla da infertiliteye neden olabilmektedir. Hipergonadotropik Hipogonadizm ise folikül uyarıcı hormonun yükselmesine neden olarak testislerde sperm üretimini bozmaktadır (25). Hormonal faktörlerden bir diğeri prolaktin hormonunun yüksek salgılanmasıdır. Prolaktin hormonunun yüksek olduğu erkeklerde testosteron hormonu düşmektedir. Testosteronun düşmesi ise erektil disfonksiyona sebep olarak infertiliteye neden olmaktadır (26).

2.3.3. Kadın ve Erkeğe İlişkin Ortak Faktörler

2.3.3.1. Cinsel İlişkiye İlişkin faktörler

Gebelik isteyen çiftlerin haftada en az iki defa cinsel ilişkide bulunmaları, özellikle de ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmaları gerekmektedir. Sperm hücreleri kadın vücudunda 72 saat canlı kalabilmektedir. Ovulasyonla atılan ovum ise

kadın vücudunda 24 saat canlı kalabilmektedir. Bu nedenle 28 gün süren bir siklusun ortasına denk gelen 3 gün, gebelik şansının en fazla olduğu zamandır (27).

Vajinal kayganlaştırıcı madde kullanan çiftlerde bu maddeler nedeniyle spermlerin fonksiyonu bozulmakta ve infertilite görülebilmektedir (12).

2.3.3.2. Sağlık İlişkin Faktörler

Diyabeti veya insülin direnci olan kişilerde östrojen, progesteron ve testosteron seviyeleri etkilenmektedir. Bu hormon değişiklikleri over kistlerinden infertiliteye kadar çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Diyabet erkeklerde spermatogenezi bozmakta, spermlerin sayı ve hareket gibi parametrelerini etkilemekte ve erektil disfonksiyona neden olmaktadır (28). Diyabetik kadınların fertil oldukları çağlar gecikmiş menarş ve erken menopozdan dolayı azalabilmektedir. Diyabet kadınlarda oligomenore, sekonder amenore, hiperandrojenemi ve polikistik overe neden olmaktadır (29).

Bazı ilaçlar hem kadında hem de erkekte fertilitiyi etkilemektedir. Bu ilaçlar nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, immunosupresif ilaçlar, antihipertansifler, transkilizanlar ve kemoterapik ajanlardır. Radyasyona maruz kalma da infertiliteye neden olmaktadır (12).

2.3.3.3. Yaşam Tarzına İlişkin Faktörler

Hem kadında hem de erkekte sigara fertilitiyi ve yardımcı üreme tekniklerinin başarıya ulaşmasını etkilemektedir. Sigara semen parametrelerinde bozukluğa neden olmaktadır. (30). Sigara içen kadınların gebe kalabilmeleri zorlaşmaktadır. Sigara over fonksiyonlarını çeşitli yollarla etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda menopoz 1-2 yıl daha erken görülmektedir (22).

Kafein de gebelik kaybı ile ilişkilidir. Ayrıca kafeinin fazla tüketimi infertilite nedeni olabilmektedir. Alkolün de doza bağımlı olarak gebe kalabilme şansını azalttığı düşünülmektedir (22).

Kadınlarda beden kitle indeksi 19'dan düşükse veya 25'den yüksekse fertilitate azalmakta ve gebe kalmak için daha uzun süre gerekmektedir. Obezite ve düşük vücut ağırlığı hormonal dengesizliklere yol açarak kadın üreme sistemini etkilemektedir. Erkeklerde ise beden kitle indeksi 20'nin altında veya 25'in üzerinde ise sperm kalitesinde azalma görülmektedir (31).

Stres hem kadında hem de erkekte infertilite nedeni olabilmektedir. Kadında amenoreye, erkekte ise ereksiyon problemlerine yol açarak infertiliteye neden olmaktadır. Stres cinsel isteksizliğe de neden olmakta ve bu da dolaylı olarak infertilite problemi yaratabilmektedir. Stresin implantasyon başarısızlığına ve düşüklere neden

olduğu düşünölmektedir. Ağır iş yükü altındaki kadınlarda spontan düşük oranları artmakta, canlı doğum sayıları ise azalmaktadır. Dahası stres IVF tedavisinin başarı oranlarını da düşürmektedir (32). Erkeğin stresli olması semen kalitesini ve çiftlerin fekundabilitesini etkilemektedir. Aşırı stres altında erkekte spermatogenez bozulmakta ve testosteron seviyeleri azalmaktadır. Bu nedenle özellikle infertilite tedavisi görecekt çiftlerde tedaviye başlamadan önce stresin azaltılmasına yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması gerekmektedir (33).

İnfertilitenin sebebi bazen tam olarak açıklanamamaktadır. Sebebi tam olarak belli olmayan infertilitede beslenme önemli bir faktör olarak düşünölmektedir. B12 vitamin eksikliğinde dokularda bozulmalar olmakta ve infertilite görölebilmektedir. IVF tedavisinin başarısını arttırmak için de B12 takviyesi yapılması gebelik şansını arttırmaktadır. B12 ve çinko desteği aynı zamanda oosit gelişiminde de önemli rol üstlenmektedir. Folik asit ve diğer B grubu vitaminleri spontan düşük riskini azaltmaktadır. Özellikle folik asit ve B grubu vitaminleri gibi multivitamin takviyelerinin ovulasyondan kaynaklı infertilite riskini azalttığı bilinmektedir (34). Ayrıca multivitamin kullanımı menstrual döngüyü düzenlemekte ve gebe kalma oranlarını arttırmaktadır. Düşük folat düzeyi durumunda ovaryumların gonadotropinlere verdiği cevabın azaldığı da gösterilmiştir. Kadınlar ayrıca gebelikleri boyunca vitamin D açısından da takip edilmeli ve gerekliyse vitamin D takviyesi verilmelidir. Gebe kalmaya çalışan kadınların günlük 250 µg iyot alımı desteklenmelidir (32).

Düzenli egzersiz bir kişinin genel sağlığını korur, iyilik halinin devamını, diyabet, osteoporoz, obezite, hipertansiyon ve kalp damar hastalıklarından koruma sağlar. Beden kitle indeksinden bağımsız olarak düzenli egzersizin over fonksiyonları üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (35).

2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi

İnfertilite tedavisine başlamadan önce sorunun ne olduğunun tam olarak araştırılması gerekmektedir. İnfertilite değerlendirmesi yapılırken infertiliteye neden olan etkenler araştırılmalı ve değerlendirme sonuçlarına göre de en doğru tedavi seçeneklerine karar verilmelidir. İnfertilite tedavisinde çift ortak değerlendirilmeli, çiftin değerlendirmesinden sonra kadın ve erkek ayrı ayrı değerlendirilmelidir (36).

2.4.1. Erkek İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

Bu aşamada erkekten ayrıntılı sağlık öyküsü alınması gerekmektedir. Erkekten cinsel ilişki sıklığı, zamanlaması, ejakülasyon durumu, puberte başlangıç yaşı, konjenital sorunları, sistemik ve kronik hastalıklar hakkında bilgi edinilmelidir. Erkekten

diyabet, tiroid veya kronik böbrek hastalığı gibi durumlar spermatogenezi bozabilmektedir (37). Diyabet nöropatiye neden olursa, empotans ve retrograd ejakülasyona neden olabilmektedir (36). Öykü alınırken ayrıca geçirilmiş ameliyatlara ve kullanılan ilaçlarla ilgili de bilgi alınmalıdır. Pelvik ve skrotal operasyonlar, spinal kord hasarları ve vazektomi geçmişi hakkında sorgulama yapılmalıdır. Kullanılan ilaçların sperm üretimi üzerine olumsuz etkileri olabilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi geçmişi hakkında da bilgi alınmalı çünkü kemoterapi ve radyoterapinin erkek üreme sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (37). Erkeğin yaşam tarzı alışkanlıkları, alkol ve tütün kullanımı durumları hakkında anamnez alımı da önemlidir. Çünkü spermatogenez kötü yaşam alışkanlıklarına bağlı olarak bozulabilmektedir (36).

Ayrıntılı sağlık öyküsü alınımından sonra fiziksel değerlendirme yapılmalıdır. Öncelikle obezite, kas gelişimi ve virilizasyon yönünden ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Testislerin varlığı, büyüklüğü ve tonusu değerlendirilmelidir. Vas deferens ve epididimlerin varlığı ve tıkanıklık olup olmadığı konusunda değerlendirme yapılmalıdır. Spermatik kord varikosel ve hidrosel açısından değerlendirilmelidir. Varikosel varlığı durumunda anormal semen parametreleri görülebilmektedir (38).

2.4.1.1. Erkek İnfertilitesinin Endokrin Değerlendirilmesi

Hipotalamus, hipofiz ve testisler arasındaki akışa bağlı olan hormonal anomaliler erkek infertilitesinde çok sık görülen sebeplerden değildir. Bir erkekte eğer semen parametreleri normalse endokrin bozukluklar nadiren görülmektedir. Bu nedenle eğer anormal semen analizi sonuçları ve seksüel işlevlerde bozulma gibi durumlar mevcutsa endokrin değerlendirmeye başvurulmalıdır. Endokrin değerlendirmede Folikül Stimülan Hormon (FSH) ve testesteron seviyelerine bakılmalıdır. Testosteron seviyesi düşük gelirse total testosteron, serbest testosteron, Serum Luteinizan Hormon (LH) ve prolaktin hormon seviyelerine bakılması gerekmektedir. FSH yüksek ise spermatogenez sürecinde bir anomali olduğu düşünülmelidir (20).

2.4.1.2. Spermogram

Erkek infertilitesinin nedenleri araştırılırken anamnez alımı ve fiziksel muayeneden sonra spermogram denilen semen analizinin yapılması gerekmektedir. Semen analizi infertilite tanısı almış bütün çiftlerde yapılmalıdır (39). Spermogram işleminden önce kişinin 2-7 günlük cinsel perhizde olması gerekmektedir. Alınan örnek 1 saat içinde laboratuvara ulaştırılmalı ve alınan örneğin 20-37°C arasında tutulmasına da dikkat edilmelidir. Sperm analizi yapılırken spermaların sayısı, hareketi ve şekli birlikte değerlendirilmektedir. Semen örneği 2-5 ml olmalıdır. Mililitrede 20-200

milyon sperm bulunmalıdır. Spermilerin %50'si hareketli olmalıdır ve pH değeri ortalama 7 olmalıdır (40). Dünya sağlık örgütü kriterlerine göre de sadece bir kez semen analizi yapmak doğru sonuçlara ulaşılması için yeterli olmamaktadır. İki ya da üç kez semen örneğini incelemek gerekmektedir. İki analiz arasındaki sürenin 7 günden az, 3 haftadan çok olmaması gerekmektedir (39). Semen hacminin düşük olduğu durumlarda ejakülator kanalda bir tıkanıklık olduğu düşünülebilir. Yüksek semen hacmi durumunda ise inflamatuvar bir durumun varlığından bahsedilebilir (40). Ejekülatta her 1 ml'de bulunan spermier sperm konsantrasyonu olarak tanımlanmaktadır. 1 ml'de bulunan sperm sayısı 20 milyondan az ise oligospermi, ejakülatta hiç sperm yok ise azospermi, ejakülataın olmaması durumunda ise aspermi terimleri kullanılmaktadır (41).

2.4.1.3. Erkek İnfertilitesinde Radyolojik Değerlendirme

Düşük semen hacmi olan azospermik kişilerde ileri değerlendirme için transrektal ultrasonografiye başvurulmaktadır (20). Testislerin üst skrotumda bulunduğu veya skrotum keseleri küçük olan kişilerde ise fizik muayeneye ek olarak skrotal ultrasonografiye başvurulabilmektedir. Vas deferensi palpasyonla hissedilmeyen kişilerde ise böbreklerin ileri değerlendirmesi için abdominal ultrasonografiye başvurulabilmektedir. Varikoselin değerlendirilmesinde venografiye gerek duyulabilmektedir (37).

2.4.2. Kadın İnfertilitesinin Değerlendirilmesi

Düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen 12 aylık süre içinde gebeliğin gerçekleşmediği durumlarda kadın için infertilite sebepleri araştırılmaktadır. Kadının yaşı eğer 35'den yüksekse, 12 ay yerine 6 aylık süreye bakılmaktadır. Anamnez alınmaktadır. Kadının ayrıntılı fizik muayenesi yapılmalı, ovulasyon durumu, tubaların durumu, peritoneal faktörler kontrol edilmelidir (42).

2.4.2.1. Fiziksel Muayene ve Özgeçmiş

Değerlendirmeye başlarken kişinin medikal öyküsü, aile öyküsü ve üreme sağlığı öyküsünün alınabilmesi için yeterli sürenin ayrılmış olmasına dikkat edilmelidir.

Uygun bir özgeçmiş alımı şunları içermelidir:

- İnfertilitenin süresi, daha önceki değerlendirme sonucu,
- Menarş yaşı, iki menstrüasyon arası süre ve dismenore gibi menstrüal özgeçmiş
- Eski gebelikler,
- Kullanılan kontrasepsiyon,

- Koitus sıklığı ve cinsel fonksiyon bozukluğu,
- Geçmiş cerrahi operasyonlar,
- Pelvik inflamatuvar hastalık veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
- Tiroid hastalığı veya hirsütizm,
- Mevcut tıbbi tedavileri veya alerjileri,
- Geçmiş anormal pap-smear sonuçları,
- Pelvik ve abdominal ağrı veya disparoni,
- İşi ve bilinen çevresel tehlikeler,
- Tütün ve alkol kullanma durumu (42).

Fiziksel mauiyenyi yaparken ise şunlara dikkat edilmelidir:

- Kişinin beden kitle indeksi, kilosu,
- Androjen fazlalığı belirtileri (aşırı kıllanma, akne, erkek tipi saç dökülmesi),
- Adnekslerde ve kul-de-sak boşluğunda hassasiyet veya kitle,
- Tiroid bezindeki anormallikler,
- Rektovajinal septum varlığı,
- Vajinal ve servikal yapısal anormallikler,
- Uterusun hareketsizliği gibi anormal durumlar (43).

2.4.2.2. Ovulasyon Faktörünün Değerlendirilmesi

İnfertilite değerlendirilmesi kapsamında over yapısı da değerlendirilmelidir. Ovulasyonu değerlendirmek için en çok kullanılan laboratuvar yöntemi luteal fazın ortasında bakılan serum progesteron düzeyidir. Progesteron düzeyine menstruasyonun beklendiği tarihten ortalama 1 hafta önce bakılmalıdır. Yani siklusları 28 gün süren bir kadında siklusun 21. günü progesteron seviyesine bakılmalıdır. Siklusları düzensiz olan kadınlarda ise beklenen menstruasyondan 5-7 gün önce progesteron seviyesi ölçülmelidir. Serum progesteron düzeyi 3ng/ml'den yüksekse ovulasyonun varlığına işaret etmektedir. Polikistik over sendromu ve tiroid anormallikleri ovulasyon bozukluğuna yol açabilmektedir (44). Ortalama 28 günde bir düzenli menstrüal döngüleri olan ve bu dönemlerde göğüslerde hassasiyet, şişkinlik ve yorgunluk gibi semptomları olan kadınların ovulasyon durumlarının normal olduğu düşünülür. Kendi menstrüal döngülerini bu şekilde tarif etmeyen kadınlarda ovulasyon faktörünün laboratuvar değerlendirmesi yapılmalıdır (43).

2.4.2.3. Servikal Faktörün Değerlendirilmesi

Servikal mukus üretimindeki anormallikler veya anormal serviks sperm etkileşimi bazen infertilitenin tek nedeni olabilmektedir. Servikal mukusun muayenesi

sonucunda kronik servisit varlığı konusunda bilgi sahibi olunabilmektedir. Servikal faktöre bağlı infertilitenin teşhisi için genelde postkoital test kullanılmaktadır. Postkoital testte cinsel ilişkiden sonra servikal mukustan örnek alınmalı ve spermelerin hareketi değerlendirilmelidir. Günümüzde ise postkoital test semen analizinin yapılamadığı çiftlerde sperm varlığının test edilebilmesi için kullanılmaktadır. Postkoital test artık infertilitenin değerlendirilmesinde rutin olarak yapılan bir test değildir (42).

2.4.2.4. Uterin Faktörün Değerlendirilmesi

İnfertilitede uterin faktörü değerlendirmek amacıyla histerosalpingografi yapılmaktadır. Bu işlem sırasında uterus ve fallop tüplerinin açık olup olmadığını değerlendirebilmek için kontrast madde kullanılmaktadır. Histerosalpingografi ile uterustaki polip, miyom, sineşi ve septum varlığı değerlendirilir. Histerosalpingografi sıklıkla menstrüal siklusun 6-11. günleri arasında yapılmakta, fakat menstrüal periyod dışındaki herhangi bir zamanda da yapılabilir. Histerosalpingografiye ek olarak laparoskopi de uterin patolojileri saptamada kullanılan bir yöntemdir. Bütün hastalar işlemden önce bilgilendirilmeli ve gerekiyorsa sedatif veya antispazmolitik tedavi uygulanmalıdır. Abdominal ve pelvik bölge laparoskopi aracılığıyla ayrıntılı görüntülenebilmektedir (45).

Bir diğer yöntem olan histeroskopi de hem teşhis hem de intrauterin septum, polip, miyom ve adhezyonların tedavisi için kullanılabilir (46).

2.5. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Doğal yollardan başarılı bir gebelik elde edemeyen çiftlerin çocuk sahibi olabilmeleri için yapılan her türlü ileri teknikler YÜT olarak anılmaktadır. Hem kadın hem de erkek kaynaklı infertilite durumlarında yardımcı üreme tekniklerine başvurulabilmektedir (47). Yardımcı üreme tekniklerinin temelleri 1978'e kadar dayanmaktadır. Dünyada ilk defa 1978 yılında İngiltere'de tüp bebek tedavisi sonucu bir bebek doğmuştur. Bu tarihten günümüze kadar ise daha birçok yeni teknik bulunmuştur (48).

2.5.1. İntrauterin İnseminasyon

IUI işleminde daha önceden hazırlanan spermeler uterusa bir kateter yardımıyla enjekte edilmektedir. IUI diğer yardımcı üreme tekniklerine göre daha ucuzdur ve daha kolay bir şekilde uygulanabilmektedir. IUI ile uterusa daha fazla sayıda hareketli sperm gönderilebilmektedir. Bu nedenle de sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. IUI daha çok erkekten kaynaklanan infertilite, endometriozis ve açıklanamayan infertilite vakalarında

tercih edilmektedir. IUI uygulamasından sonra 10-15 dakika yatak istirahati önerilmektedir. IUI işlemi ayrıca intraservikal inseminasyona göre daha olumlu sonuçlar vermektedir. IUI işleminden önce ovaryan stimülasyon olmadan tek başına yapılırsa çokta başarılı sonuçlar vermemektedir. Bu nedenle işleminden önce overleri uyarma tedavisi yapılması gerekmektedir (49).

2.5.2. In Vitro Fertilizasyon

IVF uygulamasında öncelikle kontrollü ovaryan stimülasyon işlemiyle kadının overlerindeki foliküller uyarılmalıdır. Stimülasyon sonrası foliküller belli boyutlara ulaştırılır ve aspire edilmekte ve aspire edilen foliküllerden oositler toplanmaktadır. Erkekten de spermeler elde edildikten sonra Intra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) ile fertilizasyonun gerçekleşmesi beklenmektedir. ICSI işleminden sonra oluşan embriyolar laboratuvarında takip edilmektedir. İkinci, üçüncü veya beşinci gün uterus içine transfer edilmekte ve transferden sonraki 12. günde gebelik testi yapılarak gebelik olup oluşmadığı değerlendirilebilmektedir (50).

IVF uygulaması tubalardan kaynaklı infertilite vakalarında, endometriozis olgularında pelvik adhezyon varlığında, ovulasyon problemlerinde, erkekten kaynaklı infertilite vakalarında ve sebebi belli olmayan infertilite durumlarında başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir (51). Çoğul gebelikler IVF uygulaması için bir komplikasyon olarak değerlendirildiği için günümüzde Türkiye’de anne yaşı 35 altında ise tek embriyo transferine izin verilmekte, anne yaşı 35 üstünde ise de iki embriyo transferine izin verilebilmektedir. IVF yalnızca infertilite tedavisinde kullanılmaz, genetik hastalıkların erken embriyo döneminde teşhisinin sağlanabilmesi amacıyla da kullanılmaktadır (50).

2.5.3. Gamet İntrafallopian Transferi

GİFT yöntemi de YÜT içinde kullanılan yöntemlerden biridir. Oositler, ovulasyon indüksiyonunu takiben laparoskopik yöntem ile kadından alınmakta, spermeler de toplandıktan sonra oositler ve spermeler birlikte kateter aracılığıyla fallop tüpüne transfer edilmektedir. Burada döllenme olması beklenmektedir. Sebebi tam olarak belli olmayan infertilitede, erkekten kaynaklanan infertilitede ve servikal mukusun döllenmeye engel olduğu durumlarda GİFT yöntemi başarı ile uygulanabilir (19).

2.5.4. Zigot İntrafallopian Transfer

ZİFT pratikte çok uygulanan bir yöntem değildir. Hemen hemen IVF ile aynı teknolojiye dayanmaktadır. Transservikal embriyo transferinin imkansız olduğu

durumlarda, fertilizasyondan sonra embriyolar laparoskopik transferle fallop tüpüne transfer edilmektedir. Transfer işleminden sonra implantasyonun kendiliğinden gerçekleşmesi beklenmektedir (52).

2.5.5. Blastosist Transferi

Teknolojideki gelişmelerle birlikte embriyolar laboratuvarda daha uzun süre kalabilmektedir. Bu yöntemde gebelik şansını arttırmak ve implantasyon oranlarını yükseltmek için embriyo blastosist evresinde transfer edilmektedir. Bu evre embriyonun implantasyondan önceki en son evresidir (13).

2.5.6. Sperm Elde Etme Yöntemleri

İnfertil çiftte eğ erkeğ in sperm sayısı düşükse yada sperm sayısı normal ama yine de fertilizasyon problemi bulunuyorsa cerrahi olarak sperm elde etme yöntemlerine başvurulmaktadır (13). Bu yöntemler perkütan epididimal sperm aspirasyonu, testiküler sperm aspirasyonu ve mikro epididimal sperm aspirasyonudur. Perkütan epididimal sperm aspirasyonunda spermler epididimden perkütan yolla aspire edilir. Epididime iğ ne aracılığ ıyla girilir (53). İnfertil kişide çok sayıda hareketsiz sperm var ise sperm elde etmek için testiküler sperm aspirasyon yöntemi tercih edilmektedir. Bu işlem genellikle lokal anestezi altında ve 3-5 dakikada yapılmaktadır. Bir iğ ne ile testislerden spermler aspire edilmektedir (54). Mikro epididimal sperm aspirasyonu tekniğ inde ise lokal anestezi kullanılarak mikrocerrahi ile spermler epididimisten aspire edilmektedir. Obstruktif vakalarda daha çok tercih edilmektedir (53).

2.5.7. Kriyoprezervasyon

Kriyoprezervasyon işleminde hücre veya dokular sıfırın altı eksi derecelere kadar soğ utulmaktadır. Soğ utma işleminde hücreler veya dokuların bütün biyolojik aktiviteleri durmaktadır. Böylece fonksiyon kaybı olmadan gelecekte kullanılmak üzere saklanmaktadır (13). Oosit veya spermler gelecekte kullanılmak amacıyla dondurularak saklanmaktadır. Her ülkenin dondurma işlemiyle ilgili kendi yasal uygulamaları bulunmaktadır (55). Yardımcı  reme yöntemleriyle tedavi sırasında birden fazla embriyo elde edilirse kullanılmayan embriyolar saklanıp gelecek kullanılabilmektedir (13).

Oosit ve sperm dondurulması haricinde biyopsi ile elde edilen testis dokusu da dondurularak saklanabilmekte ve gelecekte potansiyel bir sperm kaynağ ı olabilmektedir. Aynı şekilde kadında da over dokusu dondurularak saklanabilmektedir. Dondurulan dokular gerekli olduğ unda tekrar kullanılabilmektedir. Özellikle yetişkin

kanser hastaları, üreme yeteneklerinin kanser tedavilerinden etkilenmemesi için bu yöntemlere başvurabilmektedir (56).

2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Yasal Durum

Her ülkenin yardımcı üreme tekniklerine yönelik kendi yasal uygulamaları bulunur ve Türkiye’de de bu konuda 30 Eylül 2014 tarihinde yürürlüğe giren ‘Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik’ esas alınmaktadır. Bu yönetmelikle üreme hücreleri ve gonad dokularının dondurularak saklanması bazı şartlara bağlanmıştır. Erkeklerde bu şartlar şu şekildedir;

- Cerrahi yöntemlerle sperm elde edilmesi,
- Üreme hücrelerine zarar veren kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinden önce,
- Üreme fonksiyonlarının kaybedilmesine yol açabilecek olan ameliyatlardan önce,
- Kişide az sayıda sperm olması durumunda (57).

Kadınlarda üreme hücrelerinin saklanmasını gerektiren tıbbi şartlar ise şu şekildedir;

- Üreme hücrelerine zarar verebilecek olan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerin öncesinde,
- Kişinin overlerini ve üreme fonksiyonlarını etkileyebilecek bir cerrahi operasyon öncesinde,
- Over rezervi düşük olup henüz doğurmamış veya aile öyküsünde erken menopoz hikâyesi olması durumunda (57).

Embriyo dondurmada ise eşlerin ikisinin birlikte onayı gerekmektedir. Embriyo dondurulmasının üzerinden 1 yıl geçtiyse ve eşler embriyonun dondurulmasının devam etmesini istiyorlarsa birlikte başvurup bu yönde imza vermeleri gerekmektedir. Eşler başvuramazlarsa, boşanma durumu olursa veya eşlerden biri vefat ederse dondurulan embriyolar imha edilmektedir (58).

Türkiye’de yardımcı üreme tedavileri sırasında donör kullanımı, bebeğin cinsiyetini belirlemeye yönelik gonad seçimi yasaklanmıştır. Çok tartışılan konulardan bir olan taşıyıcı annelik de Türkiye’de yasaklanmıştır. (9, 59).

2.7. Yardımcı Üreme Teknikleri ve Etik

Etik kavramı meslekler ve toplum için önem verilen bir kavramdır. Etik kavramı genel olarak insanların toplumsal çerçevede yaptığı ve başkalarını da etkileyen davranışlarını düşünme süreciyle ilgilidir. Her ülkenin kendi etik değerleri olabileceği

gibi; adalet, yardımseverlik, kimseye zarar vermeme gibi bazı değerler de her ülkede geçerli olabilecek etik değerlerdir (60). Teknoloji geliştikçe tıpta da gelişmeler olmakta ve sağlık alanında da çeşitli etik sorunlar görülebilmektedir. Tıptaki etik sorunlar en çok ta infertilite ve YÜT konusunda yaşanmaktadır. Burada konu sadece infertil çiftlerin çocuk sahibi olup olmamaları değildir. Gonad hücrelerinin dondurulması ve saklanması, gonad hücrelerinin bağışı, taşıyıcı annelik, implantasyon öncesi genetik tarama gibi konular etik açıdan tartışılan konulardır. Yardımcı üreme tekniklerinin kimlere hangi durumlarda uygulanabileceği etik açıdan sorunlara sebep olmaktadır (61).

Oosit ve sperm bağışı konusu da dünyada çok tartışılan konulardır. Sperm bağışında, çocuk isteyen çiftte erkekte sperm üretimiyle ilgili bir sorun olduğunda başka sağlıklı bir bireyden alınan sperm hücreleri kullanılmaktadır. Aynı şekilde kadından kaynaklanan bir problem var olduğunda ise başka bir kadından alınan gonad hücreleri kullanılmaktadır. Burada tartışmalı konulardan biri de vericilerin gonad hücreleri ile elde edilen çocukların kardeş olup olmayacağıdır. Bu durumun ileride daha büyük sorunlara sebep olabileceği düşünülmektedir (9). Ayrıca anne ve baba dışında üçüncü bir kişiden gonad hücresi alınıp kullanıldığında, dünyaya gelen bebeğin gerçek ebeveyninin kim olduğu da etik açıdan tartışmalara neden olmaktadır (60).

Yardımcı üreme tedavileri esnasında elde edilecek embriyoda cinsiyet belirleme de etik açıdan tartışılan konulardandır. İnfertilite tedavileri ile elde edilen embriyolarda implantasyon öncesi kromozomal anomalileri belirleyebilmek için genetik taramalar yapılabilmektedir. Ancak genetik taramanın cinsiyet belirlemek için yapılması etik açıdan tartışılmaktadır. Cinsiyet seçimi yapan çiftler burada fetüsü kendi amaçları için kullanmaktadır. Bu da fetüsün birey olarak haklarının ihmal edildiği anlamına gelmektedir (9).

Taşıyıcı annelik ile ilgili de pek çok etik problem bulunmaktadır. Bunlardan biri taşıyıcı annenin doğumdan sonra bebeğin kendinin olduğunu ifade ederek bebekten ayrılmak istememesi ve buna bağlı doğum sonu depresyon yaşamasıdır. Etik problemlerden bir başkası ise taşıyıcı anne olan kişinin taşıyıcı annelikten vazgeçmesi ve bebeği doğurmak istememesidir. Ülkemiz dahil pek çok ülkede taşıyıcı annelik yasaklanmıştır (62).

2.8. İnfertilite ve Yardımcı Üreme Tedavileri Sürecinde Hemşirenin Rolü

İnfertilite hemşireliği özel bir bakım alanıdır ve infertil çiftlerin değerlendirilmesinde, tedavide ve gebelik süreçlerinde çiftlerin yanında olup onlara bütüncül bakım vermektedir. İnfertilite tedavi süreci bireyler için oldukça karmaşık

geçen bir süreçtir. Hemşireler bu süreçte değişik roller üstlenmektedir. Bu roller şu şekilde sıralanabilmektedir;

- Danışmanlık rolü
- Eğitimci rolü
- Koordinatör rolü
- Araştırmacı rolü
- Yönetici rolü
- Hasta hakları savunucusu rolü
- Klinik hemşireliği rolü (63).

Hemşirelerin bu zor süreçte çiftler için yaptığı en önemli görevlerinden birisi danışmanlıktır. Danışmanlık göreviyle hemşire çiftlere infertilite tedavileri ile ilgili bilgi vermektedir. Doğru bilgi verilebilmesi için de hemşirelerin yeterli donanıma sahip olması gerekir. Hemşire infertilitenin tanılama, tedavi ve tedaviden sonraki süreçlerinde bireylere danışmanlık rolü çerçevesinde psikolojik destek sağlamaktadır. Bu süreçte hemşireler infertil çiftlerin tedaviyle ilgili korkularını ve beklentilerini öğrenmelidir. Yardımcı üreme tedavileri sırasında çiftler yüksek düzeyde anksiyeteye maruz kalmakta ve depresyona meyilli olmaktadır. Özellikle kadınlar erkeklere göre daha çok stres yaşamakta ve etkilenmektedirler. Bu süreçte hemşireler infertil çiftle yeterli iletişimi kurabilmeli, hastanın değerlerine saygı duymalı ve hastaya emosyonel açıdan destek olabilmelidir (64, 65).

Hemşireler klinik hemşireliği rolü çerçevesinde hastadan öykü almalı, infertilitenin tanınması işlemlerinin ve planlanan tedavilerin zamanında yapılmasını sağlamalıdır. Yardımcı üreme tedavileri öncesi hastanın hazırlığını yapmalıdır. Yardımcı üreme tedavileri sırasında komplikasyonların önlenmesi konusunda ekiple birlikte rol almalıdır (64).

Hemşire eğitimci rolü çerçevesinde yardımcı üreme tedavilerinde yapılacak işlemlerden önce kişilere işlemlerle ilgili eğitim vermeli, işlemlerin etkileri konusunda bilgilendirme yapmalıdır (58).

Hemşireler infertilite sürecinde ayrıca araştırmacı görevi de görmelidir. Çünkü infertilite sürekli gelişmeye ve değişmeye açık bir alandır. Hemşire yeni değişiklikleri ve alanındaki güncel konuları araştırmalıdır. Ancak bu şekilde çiftleri doğru yönlendirebilir (10).

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavileri sırasında hemşirenin görevleri ise şunlardır;

- İnfertil çiftin ihtiyaçları neyse bu ihtiyaçlar konusunda diğer birimlerle koordineli çalışmalı,
- Cerrahi işlemlerden önce ve sonra hastanın bakımını yapmalı,
- Alanındaki yeni bilgileri takip edebilmeli,
- Konuyla ilgili yasal konuları iyi bilmeli,
- İnfertiliteye neden olabilecek konuları çiftle birlikte konuşabilmeli,
- İnfertil çiftin evlilik ve aile ilişkisini değerlendirebilmeli,
- Kültürel değerlerin infertiliteyi nasıl etkilediğini bilmeli,
- İnfertil çiftin anksiyete durumunu değerlendirebilmeli,
- İnfertil çiftin kullanması gereken ilaçlar varsa bu ilaçların kullanım şeklini anlatabilmeli,
- Yapılacak tetkikler öncesinde çifti bilgilendirmelidir (19, 66).

Hemşire tüm bu görevleri yaptığıında infertil çift tedavi sürecine daha iyi uyum sağlamakta ve genel anlamda yaşam kaliteleri artmaktadır. Uygun danışmanlık alan kişiler kendilerini daha iyi ifade etmekte, eksiklik duygusu yaşamamakta ve etkili kararlar alabilmektedir. İnfertil çift yoğun stresten daha az etkilenmekte ve eşler arasındaki iletişim daha da güçlenmektedir. Çiftler hemşirelik girişimleri sayesinde tedaviye karşı olumlu olurlarsa tedavi sonrası süreç daha başarılı olmaktadır. Çift aynı zamanda tedavi alternatifleriyle ilgili bilgilenmekte ve kendi mali sınırlarını düzenleyebilmektedir (4, 67, 68).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumları ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 15 Ekim 2018 – 24 Mayıs 2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi kliniklerinde yapıldı.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan 830 hemşire ve Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışmakta olan 888 hemşire olmak üzere toplam 1718 hemşire oluşturdu. Örneklem büyüklüğünü saptamak için yapılan power analizinde $\alpha=0.05$, $1-\beta(\text{güç})=0.80$ alındığında yaptığımız çalışmada hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ) puan ortalamasında 0.47 birimlik bir farkın oluşması için en az 485 hemşire alınması gerektiği hesaplandı (69).

Tabaka Adı	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Giren Hemşire Sayısı
Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	830	$830/1718=0.48$	$0.48 \times 485=233$
Turgut Özal Tıp Merkezi	888	$888/1718=0.52$	$0.52 \times 485=252$
Toplam	1718	1	485

Tabakalı rastgele örnekleme işlemi yapılarak Malatya Eğitim ve Araştırma hastanesinden 233 hemşire ve Turgut Özal Tıp Merkezinden 252 hemşire çalışmaya dahil edildi. Tabakalı rastgele örnekleme işleminden sonra rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemiyle örneklem seçimi tamamlandı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 35 hemşire çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- İletişime açık olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (EK-2) ve İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ) (EK-3) kullanıldı.

3.4.1. Anket Formu

Literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma yılları, medeni durumları, çocuk sayıları gibi sosyo-demografik bilgileri ve YÜT ile ilgili görüşlerini saptamak amacıyla (yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olup olmama, tüp bebek tedavisini kabul edip etmeme, tüp bebek tedavisinde bebek cinsiyetinin belirlenmesine yönelik görüş, sperm ve oositlerin dondurulmasını uygun bulup bulmama, sperm ve oosit bağışıyla çocuk sahibi olup olmama, taşıyıcı anneliği kabul edip etmeme) hazırlanan toplam 16 sorudan oluştu (70, 71, 72). Anket formuna 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapıldıktan sonra son şekli verildi. Ön uygulamaya alınan katılımcılar örnekleme alınmadı.

3.4.2. İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği (İYTÖ)

Seymenler ve arkadaşları tarafından geliştirilen İYTÖ 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yanıtlanma biçimi Hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Tamamen Katılıyorum (5) şeklinde beş dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçekten alınan puanın artması infertiliteye yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ölçek maddelerinin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir (69). Yaptığımız araştırmada ise ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.81 bulundu.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından 15 Ekim 2018 – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 42 klinikte ve Turgut Özal Tıp Merkezindeki 27 klinikte yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hemşire odalarında toplandı. Veri toplama formları katılımcılar tarafından dolduruldu. Verilerin toplanması için katılımcılar ortalama 10 dakika süre ayırdı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumları

Bağımsız Değişken: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma yılları, medeni durumlar gibi sosyodemografik bilgileri, hemşirelerin yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olup olmadığı, hemşirelerin tüp bebek tedavisini tercih etmek isteyip istemediği, hemşirelerin oosit ve sperm bağışıyla ilgili ne düşündüğü,

hemşirelerin sperm ve oosit bağışıyla çocuk sahibi olmak isteyip istemediğı ve taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmak isteyip istemedikleri.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sayısal verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare testi, bağımsız gruplarda t testi, One Way Anova ve Post-hoc scheffe testi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-4) (2018/14-24) alındı. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (EK-5) (92852811-771) ve Turgut Özal Tıp Merkezinden yazılı izin (EK-6) (68636013-100) alındı. Araştırmaya katılacak hemşirelere araştırma hakkında bilgi verildi, yazılı onam alındı ve araştırmaya gönüllü olanlar dahil edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sadece Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yapılmış olması ve bu gruba genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (S: 485)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
20-27	79	16.3
28-35	178	36.7
36 ve üzeri	228	47.0
Cinsiyet		
Kadın	378	77.9
Erkek	107	22.1
Eğitim Durumu		
Lise mezunu	95	19.6
Üniversite ve üzeri	390	80.4
Çalışma Yılı		
1-12	250	51.5
13 ve üzeri	235	48.5
Medeni Durum		
Bekar	144	29.7
Evli	341	70.3
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	313	64.5
Hayır	172	35.5

*Yaş Ortalaması: 34.9 (Min: 20 – Max: 54)

Hemşirelerin %16.3'ü 20-27 yaş arasında, %36.7'si 28-35 yaş arasında, %47'si 36 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin %77.9'u kadın, %22.1'i erkektir. Hemşirelerin %19.6'sı lise, %80.4'ü üniversite ve üzeri bir eğitim mezunudur. Hemşirelerin %51.5'inin çalışma yılı 1-12 yıl, %48.5'inin çalışma yılı 13 ve üzeridir. Hemşirelerin %29.7'si bekar, %70.3'ü evlidir. Hemşirelerin %64.5'inin çocuğunun olduğu, %35.5'inin ise çocuğunun olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Tüp Bebek Tedavisine Yönelik Bazı Görüşlerinin Dağılımı (S: 485)

Tüp Bebek Tedavisine Yönelik Görüşler	Sayı	Yüzde
Yardımcı Üreme Teknikleriyle Çocuk Sahibi Olma		
Evet	17	3.5
Hayır	468	96.5
İnfertilite Durumunda Tüp Bebek Tedavisini Tercih Edecek Olma		
Evet	447	92.1
Hayır	9	1.9
Kararsızım	29	6.0
Tüp Bebek Tedavisiyle Bir Çocukları Olduğunda Bunu Yakın Çevreleriyle Paylaşmaları		
Evet	411	84.7
Hayır	28	5.8
Emin değilim	46	9.5
Tüp Bebek Tedavisinde Genetik Araştırma Yapılarak Sağlıklı Embriyo Seçilmesi		
Doğru buluyorum	408	84.1
Yanlış buluyorum	34	7.0
Kararsızım	43	8.9
Tüp Bebek Tedavisinde Bebek Cinsiyetinin Belirlenmesi		
Doğru buluyorum	167	34.4
Yanlış buluyorum	201	41.4
Kararsızım	117	24.2

Hemşirelerin %3.5'inin yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi olduğu, %92.2'sinin infertilite durumunda tüp bebek tedavisini tercih edeceği, %84.7'sinin tüp bebek tedavisiyle çocuğu olduğunda bunu yakın çevresiyle paylaşacağı bulunmuştur. Hemşirelerin %84.1'inin tüp bebek tedavisi sırasında genetik araştırma yapılarak sağlıklı embriyo seçilmesini doğru bulduğu, %7'sinin yanlış bulduğu ve %8.9'unun ise kararsız olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %34.4'ünün tüp bebek tedavisinde bebek cinsiyetinin belirlenmesini doğru bulduğu, %41.1'inin yanlış bulduğu ve %24.1'inin ise kararsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Sperm ve Oositlerin Dondurularak Saklanması ve Kullanılması Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı (S:485)

	Sayı	Yüzde
Sperm Hücrelerinin Dondurularak Saklanması ve Gerekli Olduğunda Kullanılması		
Uygun buluyorum	361	74.4
Uygun bulmuyorum	72	14.9
Kararsızım	52	10.7
Oositlerin Dondurularak Saklanması ve Gerekli Olduğunda Kullanılması		
Uygun buluyorum	341	70.3
Uygun bulmuyorum	89	18.4
Kararsızım	55	11.3

Hemşirelerin %74.4'ünün sperm hücrelerinin dondurularak saklanması ve gerekli olduğunda kullanılmasını uygun bulduğu, %14.8'inin uygun bulmadığı ve %10.7'sinin ise kararsız olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin %70.3'ünün oositlerin dondurularak saklanması ve gerekli olduğunda kullanılmasını uygun bulduğu, %18.4'ünün uygun bulmadığı ve %11.3'ünün ise kararsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Sperm Bağışı, Oosit Bağışı ve Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (S:485)

	Sayı	Yüzde
Tıbbi Nedenlerle Sperm Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmak İsteme		
Evet	20	4.1
Hayır	433	89.3
Kararsızım	32	6.6
Tıbbi Nedenlerle Oosit Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmak İsteme		
Evet	29	6.0
Hayır	405	83.5
Kararsızım	51	10.5
Tıbbi Nedenlerle Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olmak İsteme		
Evet	26	5.4
Hayır	371	76.5
Kararsızım	88	18.1

Hemşirelerin %4.1'inin sperm bağışıyla çocuk sahibi olmak isteyeceği, %89.3'ünün istemeyeceği ve %6.6'sının ise kararsız olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %6'sının oosit bağışıyla çocuk sahibi olmak isteyeceği, %83.5'inin istemeyeceği ve %10.5'inin ise kararsız olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %5.4'ünün tıbbi zorunluluk durumunda taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmak isteyeceği, %76.5'inin istemeyeceği ve %18.1'inin ise kararsız olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tüp Bebek Tedavisini Tercih Etme Durumları İle Karşılaştırılması (S:485)

Tüp Bebek Tedavisini Tercih Etme				
Sosyo-Demografik Özellikler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	73 (92.4)	1 (1.3)	5 (6.3)	$\chi^2=0.724$
28-35	163 (91.6)	3 (1.7)	12 (6.7)	$p=0.948$
36 ve üzeri	211 (92.5)	5 (2.2)	12 (5.3)	
Cinsiyet				
Kadın	355 (93.9)	3 (0.8)	20 (5.3)	$\chi^2=10.003$
Erkek	92 (86.0)	6 (5.6)	9 (8.4)	$p=0.007$
Eğitim Durumu				
Lise	83 (87.4)	4 (4.2)	8 (8.4)	$\chi^2=4.234$
Üniversite ve üzeri	364 (93.3)	5 (1.3)	21 (5.4)	$p=0.120$
Çalışma Yılı				
1-12	228 (91.2)	4 (1.6)	18 (7.2)	$\chi^2=1.535$
13 ve üzeri	219 (93.2)	5 (2.1)	11 (4.7)	$p=0.464$
Medeni Durum				
Bekar	132 (91.7)	3 (2.1)	9 (6.2)	$\chi^2=0.086$
Evli	315 (92.4)	6 (1.2)	20 (4.1)	$p=0.958$
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	288 (92.0)	6 (1.9)	19 (6.1)	$\chi^2=0.032$
Hayır	159 (92.4)	3 (1.7)	10 (5.8)	$p=0.984$

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile tüp bebek tedavisini tercih etme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların infertilite durumunda tüp bebek tedavisini tercih etme oranları, erkeklerin tercih etme oranlarından yüksektir.

Hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma yılı, medeni durumları ve çocuk sahibi olmaları ile tüp bebek tedavisini tercih etme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tüp Bebek Tedavisi Yoluyla Çocukları Olduğunda Çevreyle Paylaşma Durumlarının Karşılaştırılması (S: 485)

Tüp Bebek Tedavisiyle Çocukları Olduğunda				
Çevreyle Paylaşma				
Sosyo-Demografik Özellikler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	66 (83.5)	4(5.1)	9 (11.4)	$\chi^2=3.121$
28-35	150 (84.3)	8 (4.5)	20 (11.2)	p=0.538
36 ve üzeri	195 (85.5)	16 (7.0)	17 (7.5)	
Cinsiyet				
Kadın	335 (88.6)	14 (3.7)	29 (7.7)	$\chi^2=21.693$
Erkek	76 (71.0)	14 (13.1)	27 (15.9)	p=0.000
Eğitim Durumu				
Lise	73 (76.8)	9 (9.5)	13 (13.7)	$\chi^2=5.869$
Üniversite ve üzeri	338 (86.7)	19 (4.9)	33 (8.5)	p=0.053
Çalışma Yılı				
1-12	209 (83.6)	13 (5.2)	28 (11.2)	$\chi^2=1.974$
13 ve üzeri	202 (86.0)	15 (6.4)	18 (7.7)	p=0.373
Medeni Durum				
Bekar	127 (88.2)	6 (4.2)	11 (7.6)	$\chi^2=1.939$
Evli	284 (83.3)	22 (6.5)	35 (10.3)	p=0.379
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	263 (84.0)	19 (6.1)	31 (9.9)	$\chi^2=0.352$
Hayır	148 (86.0)	9 (5.2)	15 (8.7)	p=0.838

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre tüp bebek tedavisi yoluyla çocukları olduğunda çevreyle paylaşma durumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Kadınların çevreyle paylaşacaklarını belirtme oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma yılı, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarıyla tüp bebek tedavisiyle çocukları olduğunda çevreyle paylaşma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sperm Dondurmaya Yönelik Görüşleriyle Karşılaştırılması (S: 485)

Sperm Dondurma				
Sosyo-Demografik Özellikler	Uygun buluyorum Sayı (%)	Uygun bulmuyorum Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test Ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	63 (79.7)	7 (8.9)	9 (11.4)	$\chi^2=26.637$ p=0.000
28-35	152 (85.4)	16 (9.0)	10 (5.6)	
36 ve üzeri	146 (64.0)	49 (10.1)	33 (14.5)	
Cinsiyet				
Kadın	280 (74.1)	55 (14.6)	43 (11.4)	$\chi^2=0.814$ p=0.666
Erkek	81 (75.7)	17 (15.9)	9 (8.4)	
Eğitim Durumu				
Lise	68 (71.6)	19 (20.0)	8 (8.4)	$\chi^2=2.827$ p=0.243
Üniversite ve üzeri	293 (75.1)	53 (13.6)	44 (11.3)	
Çalışma Yılı				
1-12	205 (82.0)	23 (9.2)	22 (8.8)	$\chi^2=16.823$ p=0.000
13 ve üzeri	156 (66.4)	49 (20.9)	30 (12.8)	
Medeni Durum				
Bekar	122 (84.7)	9 (6.2)	13 (9.0)	$\chi^2=13.654$ p=0.001
Evli	239 (70.1)	63 (18.5)	39 (11.4)	
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	214 (68.4)	60 (19.2)	39 (12.5)	$\chi^2=17.961$ p=0.000
Hayır	147 (85.5)	12 (7.0)	13 (7.6)	

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaşı ile sperm hücrelerinin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında 28-35 yaş grubu hemşirelerden kaynaklanan anlamlı fark bulunmuştur

($p<0.05$). 28-35 yaş arasındaki hemşirelerin sperm hücrelerinin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma yılı ile sperm hücrelerinin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılık çalışma yılı 1-12 yıl arasında olanlardan kaynaklanmaktadır. Çalışma yılı 1-12 yıl arası olanların sperm hücrelerinin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin medeni durumu ile sperm hücrelerinin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olanların sperm hücrelerinin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile sperm hücrelerinin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayanların sperm hücrelerinin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin cinsiyeti ve eğitim durumu ile sperm hücrelerinin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sperm Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması (S: 485)

Sperm Bağışıyla Çocuk Sahibi Olma				
Sosyo-Demografik Özellikler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	4 (5.1)	68 (86.1)	7 (8.9)	$\chi^2=7.695$
28-35	8 (4.5)	153 (86.0)	17 (9.6)	$p=0.103$
36 ve üzeri	8 (3.5)	212 (93.0)	8 (3.5)	
Cinsiyet				
Kadın	16 (4.2)	334 (88.4)	28 (7.4)	$\chi^2=2.147$
Erkek	4 (4.4)	99 (92.5)	4 (3.7)	$p=0.342$
Eğitim Durumu				
Lise	1 (1.1)	91 (95.8)	3 (3.2)	$\chi^2=6.669$
Üniversite ve üzeri	19 (4.9)	342 (87.7)	29 (7.4)	$p=0.036$
Çalışma Yılı				
1-12	14 (5.6)	211 (84.4)	25 (10.0)	$\chi^2=13.153$
13 ve üzeri	6 (2.6)	222 (94.5)	7 (3.0)	$p=0.001$
Medeni Durum				
Bekar	15 (10.4)	113 (78.5)	16 (11.7)	$\chi^2=28.670$
Evli	5 (5.1)	320 (93.8)	16 (4.7)	$p=0.000$
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	7 (2.2)	295 (94.2)	11 (3.5)	$\chi^2=22.785$
Hayır	13 (7.6)	138 (80.2)	21 (12.2)	$p=0.000$

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin eğitim durumu ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Üniversite ve üzeri eğitim mezunlarının sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma yılı ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma yılı 1-12 yıl arası olanların sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin medeni durumları ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hemşirelerin sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranı daha yüksektir.

Hemşirelerin yaşı ve cinsiyeti ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.9. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Oositlerin Dondurulmasına Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması (S: 485)

Oositlerin Dondurulması				
Sosyo- Demografik Özellikler	Uygun buluyorum Sayı (%)	Uygun bulmuyorum Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	62 (78.5)	8 (10.1)	9 (11.4)	$\chi^2=29.061$
28-35	145 (81.5)	22 (12.4)	11 (6.2)	p=0.000
36-43	134 (58.8)	59 (25.9)	35 (15.4)	
Cinsiyet				
Kadın	269 (71.2)	65 (16.9)	45 (11.9)	$\chi^2=2.540$
Erkek	72 (67.3)	25 (23.4)	10 (9.3)	p=0.281
Eğitim Durumu				
Lise	64 (67.4)	22 (23.2)	9 (9.5)	$\chi^2=1.996$
Üniversite ve üzeri	277 (71.0)	67 (17.2)	46 (11.8)	p=0.369
Çalışma Yılı				
1-12	196 (78.4)	31 (12.4)	23 (9.2)	$\chi^2=16.843$
13 ve üzeri	145 (61.7)	58 (24.7)	32 (13.6)	p=0.000
Medeni Durum				
Bekar	113 (78.5)	15 (10.4)	16 (11.1)	$\chi^2=8.976$
Evli	228 (66.9)	74 (21.7)	39 (11.4)	p=0.011
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	200 (63.9)	74 (23.6)	39 (12.5)	$\chi^2=19.604$
Hayır	141 (82.0)	15 (8.7)	16 (9.3)	p=0.000

*Satur yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaşı ile oosit dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın post-hoc scheffe testiyle 28-35 yaş arasındaki hemşirelerden kaynaklandığı bulunmuştur. Yaşı 28-35 arası olanların oosit dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma yılı ile oosit dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma yılı 1-12 yıl arası olanların oosit dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin medeni durumları ile oosit dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bekar olanların oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarıyla oosit dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayanların oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin cinsiyeti ve eğitim durumu ile oositlerin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.10. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Oosit Bağışıyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması (S: 485)

Oosit Bağışıyla Çocuk Sahibi Olma				
Sosyo-Demografik Özellikler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	4 (5.1)	64 (81.0)	11 (13.9)	$\chi^2=1.963$
28-35	10 (5.6)	148 (83.1)	20 (11.2)	$p=0.743$
36 ve üzeri	15 (6.6)	193 (84.6)	20 (8.8)	
Cinsiyet				
Kadın	23 (6.1)	312 (82.5)	43 (11.4)	$\chi^2=1.429$
Erkek	6 (5.6)	93 (86.9)	8 (7.5)	$p=0.490$
Eğitim Durumu				
Lise	4 (4.2)	83 (87.4)	8 (8.4)	$\chi^2=1.322$
Üniversite ve üzeri	25 (6.4)	322 (82.6)	43 (11.0)	$p=0.516$
Çalışma Yılı				
1-12	15 (6.0)	204 (81.6)	31 (12.4)	$\chi^2=1.967$
13 ve üzeri	14 (6.0)	201 (85.5)	20 (8.5)	$p=0.374$
Medeni Durum				
Bekar	14 (9.7)	109 (75.7)	21 (14.6)	$\chi^2=9.518$
Evli	15 (4.4)	296 (86.8)	30 (8.8)	$p=0.009$
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	15 (4.8)	272 (86.9)	26 (8.3)	$\chi^2=7.393$
Hayır	14 (8.1)	133 (77.3)	25 (14.5)	$p=0.025$

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin medeni durumları ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olanların oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olmalarıyla oosit bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayanların oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve çalışma yıllarıyla oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması (S: 485)

Taşıyıcı Annelik Yoluyla Çocuk Sahibi Olma				
Sosyo-Demografik Özellikler	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş				
20-27	8 (10.1)	53 (67.1)	18 (22.8)	$\chi^2=5.804$
28-35	7 (3.9)	139 (78.1)	32 (18.0)	$p=0.214$
36 ve üzeri	11 (4.8)	179 (78.5)	38 (16.7)	
Cinsiyet				
Kadın	17 (4.5)	290 (76.7)	71 (18.8)	$\chi^2=2.780$
Erkek	9 (8.4)	81 (75.7)	17 (15.9)	$p=0.249$
Eğitim Durumu				
Lise	1 (1.1)	76 (80.0)	18 (18.9)	$\chi^2=4.322$
Üniversite ve üzeri	25 (6.4)	295 (75.6)	70 (17.9)	$p=0.115$
Çalışma Yılı				
1-12	16 (6.4)	181 (72.4)	53 (21.2)	$\chi^2=4.825$
13 ve üzeri	10 (4.3)	195 (80.9)	35 (14.9)	$p=0.090$
Medeni Durum				
Bekar	11 (7.6)	91 (63.2)	42 (29.2)	$\chi^2=20.433$
Evli	15 (4.4)	180 (82.1)	46 (13.5)	$p=0.000$
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	12 (3.8)	262 (83.7)	39 (12.5)	$\chi^2=25.555$
Hayır	14 (8.1)	109 (63.4)	49 (28.5)	$p=0.000$

*Satır yüzdeleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin medeni durumları ile taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olanların

taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir (Tablo 4.11.).

Hemşirelerin çocuk sahibi olmalarıyla taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayanların taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir.

Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve çalışma yıllarıyla taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalaması (S: 485)

İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği				
	Ort.	Ss	Min.	Max.
Toplam Puan	4.078	0.527	2.50	5.00

Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalaması 4.078 ± 0.527 bulunmuştur.

Tablo 4.13. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (S: 485)

İnfertiliteye Yönelik Tutum Ölçeği		
Sosyo-Demografik Özellikler	Ölçek Puan Ortalaması X±Ss	Test ve Anlamlılık
Yaş		
20-27	4.234±0.553	F=17.729
28-35	4.195±0.464	p=0.000
36 ve üzeri	3.932±0.529	
Cinsiyet		
Kadın	4.113±0.513	t=2.786
Erkek	3.953±0.560	p=0.006
Eğitim Durumu		
Lise mezunu	3.891±0.592	t=-3.900
Üniversite ve üzeri	4.125±0.498	p=0.032
Çalışma Yılı		
1-12	4.203±0.508	t=5.552
13 ve üzeri	3.989±0.496	p=0.599
Medeni Durum		
Bekar	4.237±0.502	t=4.390
Evli	4.011±0.524	p=0.000
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	3.969±0.519	t=-6.367
Hayır	4.276±0.485	p=0.000

*F: One Way Anova Testi, t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Hemşirelerin İYTÖ puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Post-hoc analiz testlerinden Scheffe testi sonucuna göre farklılık 36 ve üzeri yaş grubundan kaynaklanmaktadır.

Hemşirelerin cinsiyete göre İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların İYTÖ puanları (4.113 ± 0.513) daha yüksektir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre İYTÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Üniversite ve üzeri mezunlarının İYTÖ puanları (4.125 ± 0.498) daha yüksektir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bekar olanların İYTÖ puanları daha yüksektir (4.237 ± 0.502).

Hemşirelerin ocuk sahibi olma durumlarına göre İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). ocuk sahibi olmayanların İYTÖ puanları daha yüksektir (4.276 ± 0.485).

Hemşirelerin alışma yılları ile İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).



5. TARTIŞMA

Hemşireler bir sağlık çalışanı olarak infertiliteye yönelik doğru bir tutuma sahip olmaları büyük öneme sahiptir. Ancak bu şekilde hastaların gereksinimleri karşılanabilecektir (47). İnfertilite sadece bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda sosyolojik bir sorundur. Sosyolojik bir sorun olduğu için de hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumunu belirlemek ve geliştirmek toplumsal sorunların çözümüne katkı sağlayabilecektir. Hemşireler de topluma hizmet sunan önemli bir konumdadır. Hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumlarını ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini belirlemek amaçlı yapılan araştırmamızda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %92.2'si infertilite durumunda tüp bebek tedavisini tercih edeceğini belirtmiştir. Aradaki farkın bizim örneklem grubumuzun hemşire olmasından ve hemşirelerin meslekleri gereği sağlık konularına daha yakın olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Devran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın hastaların %90.8'inin, erkek hastaların ise %90'ının IVF tedavisine olumlu baktığı bulunmuştur (73). Oranlara bakıldığında genel olarak tüp bebek tedavisine karşı olumlu bir tutumun olduğundan bahsedilebilir.

Çalışmada hemşirelerin %84.7'sinin tüp bebek tedavisi yoluyla çocukları olduğunda bu durumu çevreleriyle paylaşacağı bulunmuştur. Aktürk'ün çalışmasında ise tüm katılımcıların %65.8'inin tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmaları halinde bunu yakınları ile paylaşacakları bulunmuştur (71). Aradaki farkın bizim örneklem grubumuzun hemşire olmasından kaynaklandığını düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş ile infertilite tedavisinde tüp bebek yöntemini tercih etme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Ahmadi ve Bamdad İran toplumunun infertiliteye yönelik tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında yaş ile tüp bebek tedavisini tercih etme arasında anlamlı farklılık bulunmamışlardır (74).

Çalışmamızda hemşirelerin cinsiyetlerinin infertilite tedavisinde tüp bebek yöntemini tercih etme durumlarını etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Kadınların tüp bebek tedavisini tercih etme oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Ahmadi ve Bamdad İran'da yaptıkları çalışmada cinsiyet ile tüp bebek tedavisini kabul etme arasında anlamlı farklılık saptanmamışlardır (74). Aktürk cinsiyet ile infertilite durumunda tüp bebek tedavisini kabul etme arasında anlamlı fark

bulmamıştır (71). Toplumsal olarak kadın infertiliteye özgü baskıyı daha fazla hissettiği için tüp bebek tedavisini tercih etme oranının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumunun tüp bebek yöntemini tercih etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Çalışmamızın aksine Ahmadi ve Bamdad eğitim ile tüp bebek yöntemini tercih etme arasında anlamlı fark olduğunu, üniversite mezunlarının tüp bebek yöntemini kabul etme oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (74). Aradaki fark bizim çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada medeni durumun tüp bebek yöntemini tercih etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.5). Çalışmamızın aksine Ahmadi ve Bamdad medeni durum ile tüp bebek yöntemini tercih etme arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır. Ahmadi ve Bamdad'ın çalışmasında evlilerin tüp bebek yöntemini kabul etme oranı daha yüksektir (74). Aradaki farklılığın örneklem grubumuzun hemşire olma özelliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hemşirelerin cinsiyetlerinin tüp bebek tedavisi yoluyla çocukları olduğunda çevreyle paylaşma durumlarını etkileyeceği saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Kadınların çevreyle paylaşma oranları daha yüksek bulunmuştur. Aktürk toplum temelli yaptığı çalışmada cinsiyetin tüp bebek tedavisi yoluyla çocuk sahibi olduğunda çevreyle paylaşma durumunu etkilemediğini bulmuştur (71). Aradaki farklılık örneklem grubumuzun hemşirelerden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada oosit bağışıyla çocuk sahibi olmaya olumlu yönde görüş bildirenler katılımcıların %6'sıdır. Oosit bağışıyla çocuk sahibi olmak isteyenlerin oranı düşük bulunmuştur. İnfertil kadınlarda yapılan başka bir çalışmada oosit donasyonunu kabul edebileceğini bildirenler %23.3 olarak bulunmuştur (75). Aradaki farkın söz konusu çalışmanın infertil grupta yapılmış olmasından ve infertil kişilerin çocuk sahibi olmak için daha istekli olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Aşçı, Gökdemir ve Altuntaş'ın yaptıkları çalışmada ise oosit bankasından bağış alınmasına olumlu görüş bildirenler tüm katılımcıların %10'udur (76). Aktürk'ün çalışmasında ise yumurta bağışına olumlu görüş bildirenler tüm katılımcıların %32.2'sidir (71). Polonya'da yapılan bir çalışmada donör oosit ile IVF tedavisini kabul edeceğini belirtenler tüm katılımcıların %59.3'ü olarak bulunmuştur (77). Polonya'da yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki fark sosyo-kültürel, dini etkenler ve ülkemizde oosit donasyonunun yasak olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan bir araştırmada

infertil kadınların %57.7'si ve fertil kadınların ise %71.4'ü Türkiye'deki mevcut yasal uygulamanın uygun olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (78).

Çalışmamızda yaş ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Çalışmamıza benzer şekilde yaş ile donör oosit kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulmayan çalışmalar mevcuttur (74). Çalışmamızdan farklı olarak Almanya'da yapılan bir çalışmada yaş ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme arasında anlamlı farklılık olduğu ve 35 yaş altındakilerin oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme oranları daha yüksek bulunmuştur (79).

Çalışmada cinsiyet ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Benzer şekilde cinsiyet ile donör oosit kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulmayan çalışmalar da mevcuttur (74). Çalışmamıza benzer şekilde Almanya'da yapılan bir araştırmada cinsiyet ile oosit bağışısını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (79). Aktürk de çalışmasında cinsiyet ile oosit bağışısını uygun bulma arasında anlamlı farklılık saptamamıştır (71). Literatür çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmada eğitim durumu ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Çalışmamıza benzer şekilde literatürde eğitim durumu ile donör oosit kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulmayan çalışma mevcuttur (74).

Çalışmada medeni durum ile oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bulgularımızı destekler nitelikte Türkiye'de yumurta bağışısı konusundaki tutumun araştırıldığı yarı kırsal alanda yapılan bir çalışmada medeni durum ile oosit bağışısını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (80). IVF ünitesinde çalışanların oosit bağışısına yönelik tutumlarının araştırıldığı başka bir çalışmada ise çalışanların medeni durumlarıyla infertilite durumunda oosit bağışısını kabul etme arasında evli olanlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur (81). Çalışmamızın aksine literatürde medeni durum ile donör oosit kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulmayan çalışma mevcuttur (74). Farklılık çalışmaların farklı ülkelerde ve kültürlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olmalarının oosit bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşlerini etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bizim çalışmamızda çocuk sahibi olmayanların oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme

oranları daha yüksek bulunmuştur. Almanya’da yapılan kadın ve erkeklerin tutumlarının araştırıldığı çalışmada da çocuk sahibi olmayla oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme arasında anlamlı farklılık olduğu ve çocuk sahibi olmayanların oosit bağışını kabul etme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (79).

Çalışmada sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya olumlu yönde görüş bildirenler %4.1’dir. İnfertil kadınlarda yapılan bir çalışmada ise kadınların %3.4’ü sperm bağışını kabul edebileceğini belirtmiştir (75). Oranlar birbirine yakındır ve bulgular çalışmamızı desteklemektedir. Aşçı, Gökdemir ve Altuntaş ise yaptıkları çalışmada sperm bankasından bağış alınmasını olumlu bulanları tüm katılımcıların %9.2’si olarak bulmuşlardır (76). Aktürk’ün çalışmasında sperm bağışına olumlu görüş bildirenler %20.50’dir (71). Polonya’da yapılan bir çalışmada donör sperm ile IVF tedavisini kabul edeceğini belirtenler tüm katılımcıların %61.2’si olarak bulunmuştur (77). Bulgulara bakıldığında Polonya’da yapılan çalışmayla bizim çalışmamız arasında yüksek bir fark olduğu görülmektedir. Bu fark çalışmaların farklı ülkelerde ve kültürlerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada yaşın sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamıza benzer şekilde Ahmadi ve Bamdad yaş ile donör sperm kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (74).

Bu çalışmada cinsiyetin sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamıza benzer şekilde Aktürk çalışmasında cinsiyet ile sperm bağışını uygun bulma arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (71). Türklerin oosit ve sperm bağışılığına yönelik görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada da cinsiyet ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olma arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (82). İran’da yapılan bir çalışmada cinsiyet ile donör sperm kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (74). Aradaki fark çalışmaların farklı ülkelerde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada eğitim durumunun sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme durumunu etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Üniversite ve üzeri eğitim mezunlarının sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme oranları daha yüksektir. Çalışmamıza benzer şekilde, bir çalışmada eğitim durumuyla sperm bağışıyla çocuk sahibi olma arasında üniversite ve üstü mezunlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur (82). Çalışmamızın aksine Ahmadi ve Bamdad’ın çalışmasında eğitim durumu ile donör sperm kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (74).

Bu çalışmada hemşirelerin çalışma yılının sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşlerini etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çalışma yılı 1-12 yıl arası olanların sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranları daha yüksektir. Bu çalışmada hemşirelerin çalışma yılı ile sperm ve oositlerin dondurulmasına yönelik görüşleri arasında da anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.8). 1-12 yıl arası çalışanların sperm ve oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksektir. Bu sonuç çalışma yılı 1-12 yıl arası olan grubun içinde bekar olanların sayısının fazla olmasında, hemşirelerin henüz çocuk sahibi olmamalarından ve ilerde çocuk sahibi olabilmek için üreme hücrelerinin dondurulmasını uygun bulmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada medeni durumun sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme durumunu etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Bekar olanların evli olanlara göre sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Ahmadi ve Bamdad medeni durum ile donör sperm kullanımını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır (74).

Bu çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile sperm bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çocuğu olmayan hemşirelerin sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı kabul etme oranı daha yüksektir (%7.6). Başka bir çalışmada da çocuk sahibi olma durumuyla sperm bağışıyla çocuk sahibi olma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayanların sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı uygun bulma oranları daha yüksek saptanmıştır (82). Literatür çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmada katılımcıların yaşlarının sperm ve oositlerin dondurulmasına yönelik görüşlerini etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.9). 28-35 yaş arasındakilerin sperm ve oosit dondurulmasını uygun bulma oranları diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada onkologların %85.5'i üreme yeteneğini etkileyecek tedavilerden önce sperm dondurulmasını uygun bulduklarını belirtmişlerdir (83). 20-27 yaş arasındakiler henüz üreme sağlıklarıyla ilgili problem yaşamadıklarından ve 36 yaş üzerinde ise kişiler çoğunlukla doğurganlıklarını tamamlamış olduklarından üreme hücrelerinin dondurulmasını uygun bulma oranları düşük olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumunun sperm ve oositlerin dondurulmasına yönelik görüşlerini etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.9). Bekar olanların sperm ve oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksek bulundu. Hollanda'da oositlerini dondurmak isteyen 20 kadında yapılan bir çalışmada

kadınların 35 yaş üzeri ve bekar olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kadınlar oositlerini dondurmaya üreme şanslarını arttırmak için istemişlerdir. Kadınların ayrıca yalnız bir birey olmaksızın çocuklu bir anne olmayı istedikleri bulunmuştur (84). Amerika’da oositlerini dondurmaya tercih etmiş 183 kişiyle yapılan bir çalışmada da kadınların çoğunluğunun bekar olduğu bulunmuştur (85). Bekar olanların geleceğe yönelik üreme yeteneklerini korumak ve fertil çağlarını uzatmak için üreme hücrelerini dondurmaya uygun buldukları söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarının sperm ve oositlerin dondurulmasına yönelik görüşlerini etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7, 4.9). Çocuğu olmayanların spermlerin ve oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları daha yüksek bulundu. Yapılan nitel bir analizde katılımcılara kendi üreme hücrelerini dondurmaya ilgili ne düşündükleriyle ilgili açık uçlu sorular yöneltilmiş ve kadınların çoğunun çocuğunun olmadığı ve gelecekteki yaşamında kendi biyolojik çocuklarını dünyaya getirebilmek için oositlerini dondurmaya tercih ettiğini bildirmişlerdir (86). Çocuk sahibi olmayanlar çocuk sahibi olabilmek için üreme hücrelerinin dondurulmasını tercih etmiş olabilirler.

Çalışmada cinsiyet ile sperm bağışçılığını kabul etme arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızı destekler şekilde Bahar, Erden ve Apaydın da üniversite öğrencilerinin yardımcı üreme teknikleri hakkında görüşlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında cinsiyet ile yardımcı üreme teknikleri uygulamalarında üçüncü kişilerin kullanılması arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır (87).

Bu çalışmada taşıyıcı anneliği kabul edebileceğini bildirenler toplam grubun %5,4’üdür. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin taşıyıcı anneliğe yönelik tutumunun değerlendirildiği başka bir çalışmada öğrencilerin %60,2’si taşıyıcı anneliği kabul edebileceğini belirtmiştir (70). İnfertil kadınlarda yapılan bir çalışmada ise kadınların %15,1’i taşıyıcı anneliği kabul edebileceğini belirtmiştir (88). Aşçı, Gökdemir ve Altuntaş’ın hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise katılanların %20’si taşıyıcı annelikle çocuk sahibi olmaya olumlu baktığını belirtmiştir (76). Fertil kadınların taşıyıcı anneliğe bakışı konulu bir çalışmada tüm katılımcıların %25,9’u gebe kalamıyorlarsa eğer taşıyıcı anneliği kabul edebileceklerini belirtmişlerdir (89). Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, araştırmacılar katılımcılara “Çocuk Sahibi Olmak için Hangisini Tercih Edersiniz” şeklinde soru yöneltilmiş ve katılımcıların %24’ü başka birini taşıyıcı anne olarak kabul edeceğini belirtmiştir. (90). Bulgulara bakıldığında

bizim çalışmamızda taşıyıcı anneliği kabul edeceğini bildirenlerin oranı düşük bulunmuştur. Bu farklılık hemşire grubunun yasal prosedürü bilmesinden kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada yaşın taşıyıcı anneliği kabul etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Bir çalışmada yaş ile taşıyıcı anneliği kabul etme arasında anlamlı farklılık olduğu ve 36-45 yaş arasındakilerin taşıyıcı anneliği kabul etme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (%44.9) (74). Almanya'da yapılan bir çalışmada ise yaş ile taşıyıcı anneliği kabul etme arasında 35 yaş altındakiler lehine anlamlı farklılık bulunmuştur (79). Farklılık çalışmaların farklı ülkelerde, farklı yaş ve eğitim gruplarında yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada cinsiyetin taşıyıcı anneliği kabul etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Çalışmamıza benzer şekilde Almanya'da ve İran'da yapılan infertil çiftlerin taşıyıcı anneliğe yönelik tutumunun araştırıldığı çalışmalarda da cinsiyet ile taşıyıcı anneliğe yönelik tutum arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (74, 79, 91). Literatür bulgularımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada eğitim durumunun taşıyıcı anneliği tercih etme durumunu etkilemediği bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Çalışmamızın aksine eğitim durumu ile taşıyıcı anneliği kabul etme arasında anlamlı farklılık bulan çalışma da vardır. Bu çalışmada lise mezunlarının taşıyıcı anneliği kabul etme oranları daha yüksek bulunmuştur (74). Aradaki farklılık çalışmaların farklı ülkelerde yapılmış olmasından, bizim örneklem grubumuzun hemşirelerden oluşması ve eğitim farklılıklarının çok olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada medeni durumun taşıyıcı anneliği kabul etme durumunu etkilediği bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Çalışmamızda bekar olanların taşıyıcı anneliği kabul etme oranı daha yüksek bulunmuştur (%7.6). Bir çalışmada medeni durum ile taşıyıcı anneliği isteme arasında anlamlı farklılık olduğu ve evlilerin taşıyıcı anneliği kabul etme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (74).

Çalışmada çocuk sahibi olmayla taşıyıcı anneliği isteme arasında çocuk sahibi olmayanlar lehine anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Bulgularımıza benzer şekilde Almanya'da yapılan başka bir çalışmada da çocuk sahibi olmayla taşıyıcı anneliği kabul etme arasında çocuk sahibi olmayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur (79). Literatür çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmada kadınların İYTÖ puan ortalaması 4.112 ± 0.513 ve erkeklerin İYTÖ puan ortalaması 3.953 ± 0.560 bulunmuştur. Seymenler'in çalışmasında kadınların İYTÖ

puan ortalaması 3.93 ± 0.57 ve erkeklerin İYTÖ puan ortalaması 3.72 ± 0.69 bulunmuştur (72). Bizim çalışmamızda İYTÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğundan bahsedilebilir.

Çalışmada yaşın infertiliteye yönelik tutumlarını etkilediği ve genç yaş grubunun daha olumlu tutuma sahip olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.13). Çalışmamızın aksine Seymenler çalışmasında yaşa göre İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (72). Seymenler üniversite öğrencileriyle çalışmıştır ve üniversite öğrencilerinin yaşları birbirine daha yakındır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaşları 20-54 arasında değişmektedir. Aradaki farklılık her iki çalışmanın evrenlerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada katılımcıların cinsiyetinin infertiliteye yönelik tutumlarını etkilediği ve kadınların tutumlarının erkeklere göre daha olumlu olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.13). Kadınların infertiliteye yönelik tutumları erkeklerden daha olumludur. Benzer şekilde Seymenler de üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada cinsiyet ile İYTÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Seymenler'in çalışmasında da kız öğrencilerin İYTÖ puan ortalamaları erkeklerin İYTÖ puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur (72). Taşçı ve Özkan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşlerini belirlemek için bir araştırma yürütmüşler ve kız öğrencilerin infertiliteye yönelik görüşlerinin erkek öğrencilerden daha olumlu olduğunu bulmuşlardır. Bulunan sonuçlar çalışmamıza benzerdir (11). Erkeklerin infertiliteye yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve çocuk sahibi olmayı soylarının devamı olarak gördükleri için infertiliteye karşı daha olumsuz bir tutum içinde oldukları söylenebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumlarının infertiliteye yönelik tutumlarını etkilediği, üniversite ve üzeri eğitim mezunlarının daha olumlu tutuma sahip olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.13). Kargın ve Ünal infertil bireylerde umutsuzluğu araştırdıkları çalışmalarında eğitim düzeyinin infertil bireylerde umutsuzluğu etkilediğini ve ilkökul mezunlarının umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (92). Yağmur ve Oltuluoğlu yaptıkları çalışmada infertil kadınlarda eğitim düzeyinin umutsuzluğu etkilediğini ve ilkökul mezunlarının umutsuzluk düzeyinin daha yüksek, üniversite mezunlarının ise umutsuzluk düzeyinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır (93). Bulgulara göre eğitim düzeyi yükseldikçe infertiliteye yönelik tutumun daha olumlu olduğundan bahsedilebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumlarının infertiliteye yönelik tutumlarını etkilediği ve bekar olanların daha olumlu tutuma sahip olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Bekar olanların infertiliteye yönelik daha olumlu bir tutum içinde oldukları söylenebilir. Bunun nedeni de evli olmadıkları için infertilitenin aileye etkilerini bilmiyor ve daha olumlu düşünüyor olabilirler.

Çalışmada çocuk sahibi olmayanların infertiliteye yönelik tutumları daha olumlu bulundu. Seymenler'in çalışmasında çocuk sahibi olmak istemeyen öğrencilerin İYTÖ puan ortalamaları, çocuk sahibi olmak isteyenlere göre anlamlı derecede yüksektir (72). Taşçı ve Özkan'ın çalışmasında da çocuk sahibi olmak istemeyenlerin infertiliteye yönelik görüşleri çocuk sahibi olmak isteyenlere göre daha olumlu bulunmuştur (11). Bu sonuçlara göre çocuk sahibi olmak isteyenlerin infertiliteye yönelik tutumlarının olumsuz olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumları ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Hemşirelerin tüp bebek tedavisine karşı olumlu bir tutum içinde oldukları bulunmuştur. Bununla birlikte cinsiyet tüp bebek tedavisini tercih etme durumunu etkilemektedir. Kadınların tüp bebek tedavisini tercih etme oranı, erkeklerin tüp bebek tedavisini tercih etme oranından yüksektir.
- Kadın hemşirelerin tüp bebek tedavisiyle çocukları olduğunda çevreyle paylaşma oranları erkeklerden yüksektir.
- Hemşirelerin sperm ve oositlerin dondurulmasını uygun bulma oranları uygun bulmayanlara göre daha yüksektir.
- Hemşireler sperm bağışıyla, oosit bağışıyla, taşıyıcı annelikle çocuk sahibi olmaya yönelik olumsuz görüş bildirmişlerdir.
- 28-35 yaş arası, bekar, çocuk sahibi olmayan ve 1-12 yıl arası çalışma yılı olan hemşirelerin sperm ve oosit dondurmayı uygun bulma oranları daha yüksektir.
- Üniversite ve üzeri eğitim mezunlarının, 1-12 yıl arası çalışma yılı olanların, bekar olanların ve çocuk sahibi olmayanların sperm bağışıyla çocuk sahibi olmayı daha uygun buldukları görülmüştür.
- Bekar olanların ve çocuk sahibi olmayanların oosit bağışıyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir.
- Bekar olanların ve çocuk sahibi olmayanların taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmayı isteme oranları daha yüksektir.
- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumlarını etkilemektedir. 35 yaş altındakilerin, kadınların, üniversite ve üzeri eğitim mezunlarının, bekar olanların, çocuk sahibi olmayanların infertiliteye yönelik tutumları daha olumludur.
- Çalışma yılı infertiliteye yönelik tutumu etkilememektedir.
- Yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu tüp bebek tedavisine yönelik tutumu etkilememektedir.

- Yaş ve cinsiyet sperm ve oosit bağışıyla çocuk sahibi olmaya yönelik görüşü etkilememektedir.
- Cinsiyet ve eğitim durumu sperm ve oosit dondurulmasına yönelik görüşü etkilememektedir.
- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma yılı taşıyıcı anneliğe yönelik tutumu etkilememektedir.

Elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Erkeklerin de tüp bebek tedavisine karşı olumlu bir tutum geliştirebilmeleri adına hemşirelere hizmet içi eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde toplumsal cinsiyet kavramına yer verilmelidir.
- Hemşirelerin yardımcı üreme teknikleriyle ilgili eğitim ve çalışmalara katılmaları ve güncel konularla ilgili bilgilenmeleri sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin yardımcı üreme teknikleri ve infertiliteye yönelik görüşlerini belirleyebilmek için daha geniş örneklem grubunda çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zochschild FZ, Adamson GD, Mouzon JD, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART Terminology. *Fertil Steril* 2009, 92: 1520-4.
2. Topçu HA, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. Temel İnfertilite Araştırmaları Nasıl Olmalıdır? *Türkiye Üreme Tıbbı ve Cerrahisi Dergisi* 2017, 1: 104-11.
3. Koçyiğit OT. İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsanbilim Dergisi* 2012, 1: 27-38.
4. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 112-21.
5. Dilek N, Beji NK. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9: 24-9.
6. Kılıç M, Apay SE, Beji NK. İnfertilite ve Kültür. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011, 19: 109-15.
7. İşbir GG, Ozan YD. Nursing and Midwifery Students' Experiences With The Course of Infertility and Reproductive Techniques: A Focus Group Study From Turkey. *Nurse Educ Pract* 2018, 28: 235-41.
8. Şahin NH. Aile Planlaması ve İnfertilite. İçinde: Coşkun A. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 2. Baskı. Koç Üniversitesi Yayınları, 2016: 351-87.
9. Amanak K, Kavlak O. Etik Boyutu Tartışılan Yardımcı Üreme Teknikleri ve Yasal Düzenlemeler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2013, 29: 68-75.
10. Payne D, Goedeke S. Holding Together: Caring for Clients Undergoing Assisted Reproductive Technologies. *J Adv Nurs* 2007, 60: 645-53.
11. Taşçı KD, Özkan S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İnfertilite Hakkındaki Görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6: 187-92.
12. Demirci N, Potur DC. İnfertilitede Temel Kavramlar, Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. İçinde: Demirci N, Kızılkaya Beji N (editörler). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 11-36.

13. Kavlak O. İnfertilite. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*, Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 206-16.
14. Boyar Hİ. Kadın İnfertilitesi ve Endokrinolojik Hastalıklar. *Dicle Univ Tıp Fakul Derg* 2013, 40: 700-3.
15. Unuane D, Tournaye H, Velkeniers B, Poppe K. Endocrine Disorders and Female Infertility. *Journal Clin Endocrinol Metab* 2011, 25: 861-73.
16. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually Transmitted Diseases and Infertility. *Am J Obstet Gynecol* 2017, 1: 1-9.
17. Olooto WE, Amballi AA, Banjo TA. A Review of Female Infertility; Important Etiological Factors and Management. *J Microbiol Biotechnol Res* 2012, 2: 379-85.
18. Endometriozis ve Adenomyozis Derneği. Türkiye Endometriozis Tanı ve Yönetim Kılavuzu, 1. Baskı, 2014: 29-43.
19. Terzioğlu F. İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde: Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 559-78.
20. Günalp S, Yücel A. Erkek İnfertilitesi-I; Androlojik Değerlendirme. İçinde: Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş MB, Tuncer ZS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*, 1. Baskı. Ankara, Medical Network, 2006: 987-1011.
21. Bulduk O, Cengiz N. İnfertiliteye Morfolojik Bakış: Sperm Baş Defektleri ve Fertilizasyon. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 2015, 2: 78-87.
22. Bayer SR. Factors Affecting Fertility. In: Bayer SR, Alper MM, Penzias AS (eds). *The Boston IVF Handbook of Infertility*, 3rded. Boston, Informa Healthcare, 2012: 11-8.
23. Dündar BM. Sık Görülen Genital Sistem Yapısal Farklılıkları: Kriptorşidizm (İnmemiş Testis). *Türkiye Klinikleri Pediatric Sciences* 2011, 7: 65-76.
24. Gözükara KH, Görürü S. Ürogenital Enfeksiyonlar ve Erkek İnfertilitesi. *Androloji Bülteni* 2015, 17: 43-8.
25. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Adrenal ve Gonadal Hastalıklar Kılavuzu, 1. Baskı, 2011: 94-113.
26. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JAH. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemi: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011, 96: 273-88.

27. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5: 162-78.
28. Aboua G, Oguntibeju OO, Plessis SS. Can Lifestyle Factors of Diabetes Mellitus Patients Affect Their Fertility? In: Oguntibeju OO (ed). *Diabetes Mellitus - Insights and Perspectives*. InTech Publisher, 2013: 95-116.
29. Livshitis A, Seidman DS. Fertility Issues in Women With Diabetes. *Womens Health* 2009, 5: 701-7.
30. Demirci N, Potur DC. Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014, 22: 39-45.
31. Petraglia F, Serour GI, Chapron C. The Changing Prevalence of Infertility. *Obstet Gynecol Int J* 2013, 123: 4-8.
32. Anderson K, Nisenblat V, Norman R. Lifestyle Factors in People Seeking Infertility Treatment – A Review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2010, 50: 8-20.
33. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014, 13: 345-50.
34. Avşar FY, Taş EE, Akçay GY. B12 Vitamini ve İnfertilite. *Ankara Medical Journal* 2013, 13: 82-4.
35. Homan GF, Davies M, Norman R. The Impact of Lifestyle Factors on Reproductive Performance in the General Population and Those Undergoing Infertility Treatment: A Review. *Hum Reprod Update* 2007, 3: 209-23.
36. Bayer SR, Alper MM. The Infertility Workup. In: Bayer SR, Alper MM, Penzias AS (eds). *The Boston IVF Handbook of Infertility*, 3rded. Boston, Informa Healthcare, 2012: 19-34.
37. Kaydırak MM, Beji NK, Zengin M. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü. İçinde: Demirci N, Beji NK (editörler). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 55-73.
38. Barratt CLR, Björndahl L, Jonge CJD, Lamb DJ, Martini FO, McLachlan R, Oates RD, Poel S, John BS, Sigman M, Sokol R, Tournaye H. The Diagnosis of Male Infertility: An Analysis of the Evidence to Support the Development of Global WHO Guidance - Challenges and Future Research Opportunities. *Hum Reprod Update* 2017, 6: 660-80.
39. Erdemir F, Fırat F, Gençten Y. Sperm Morfolojisinin Değerlendirilmesi ve Klinik Önemi. *Türk Ürol Sem* 2011, 2: 11-7.

40. Kadioğlu A, Kendirci M, Aktan G, Yaman Ö, Çayan S, Kazancı G. Semen Analizi. *WHO Laboratuvar El Kitabı İnsan Semeninin İncelenmesi ve İşlemlerden Geçirilmesi*, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: 7-100.
41. Aka DS, Gençdal S. Sperm Değerlendirmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2013, 22: 532-42.
42. Diagnostic Evaluation of the Infertile Female: A Committee Opinion. *American Society for Reproductive Medicine*. Birmingham 2015, 103: 44-50.
43. Kouhung W, Hornstein MD. Evaluation of Female Infertility. 2018. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility> 30 Mart 2019.
44. Koroma L, Stewart L. Infertility: Evaluation and Initial Management. *J Midwifery Womens Health* 2012, 57: 614-21.
45. Sakar MN, Gul T, Atay AE, Çelik Y. Comparison of Hysterosalpingography and Laparoscopy In The Evaluation of Infertile Women. *Saudi Med J* 2008, 29: 1315-8.
46. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and The Provision of Medical Services in Developing Countries. *Hum Reprod Update* 2008, 14: 605-21.
47. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5: 162-78.
48. Hassa H. IVF için Olgu Seçimi. İçinde: Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş MB, Tuncer ZS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*, 1. Baskı. Ankara, Medical Network, 2006: 1079-99.
49. Uludağ SZ. IUI Kime, Nasıl, Ne zaman? İçinde: Pabuçcu R, Fıçıcıoğlu C, Baysal B (editörler). *Üreme Endokrinolojisi Teknikleri ve Cerrahisi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 175-7.
50. Çetin C, Çetin MT. Dünden bugüne yardımla üreme teknikleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014, 23: 148-55.
51. Çavuşoğlu İ. Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde: Demirci N, Beji NK (editörler). *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 103-20.

52. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems, 2nd edition, 2013: 267-382.
53. Şalvarcı A. Nonobstrüktif Azoospermili Hastada Sperm Elde Etme Yöntemleri. *Androloji Bülteni* 2016, 18: 118-25.
54. Başar MM, Soysal E. Sperm Motilite Bozukluklarına Güncel Yaklaşım. *Androloji Bülteni* 2019, 21: 22-31.
55. Gümürlü S. Oosit Kriyoprezervasyonu. İçinde: Pabuçcu R, Fıçıcıoğlu C, Baysal B (editörler). *Üreme Endokrinolojisi Teknikleri ve Cerrahisi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 301-5.
56. Honaramooz A. Cryopreservation of Testicular Tissue. İçinde: Katkov I (editör). *Current Frontiers in Cryobiology*. InTech Publisher, 2012: 209-28.
57. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, sayı: 29135, 30 Eylül 2014.
58. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N. Jinekolojik Kanselerde Fertilitte Koruyucu Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstetrics Womens Health Diseases Nursing-Special Topics* 2017, 3: 27-34.
59. Yıldırım HD. Üremeye Yardımcı Tedavide Üçüncü Kişiden Üreme Hücreleri Alınması, Yaklaşımlar ve Hukuksal Sorunlar. *Adli Tıp Dergisi* 2017, 31: 143-54.
60. Özpulat F. Yardımcı Üreme Teknikleri, Etik ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları. *Kastamonu Sağlık Akademisi* 2017, 2: 24-43.
61. Uğur M. Yardımcı Üreme Teknikleri: Etik ve Yasal Çerçeve. İçinde: Bektaş MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş MB, Tuncer ZS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*, 1. Baskı. Ankara, Medical Network, 2006: 1175-87.
62. Beji NK, Partovi Meran HE. Kadın Sağlığına Genel Bakış. İçinde: Beji NK (editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Genişletilmiş 2.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 3-48.
63. Güngör İ, Beji NK. İnfertilite Hemşirelerinin Gelişen Roller ve Sertifikasyon Gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015, 23: 152-9.
64. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5: 162-78.

65. Allan HT. The Anxiety of Infertility: The Role of The Nurses in The Fertility Clinic. *Hum Fertil* 2013, 16: 17-21.
66. Şahin NH, Bilgiç D. İnfertilite. İçinde: Beji NK (editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Genişletilmiş 2.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 141-6.
67. Başgöl Ş, Aslan E. Over Kanserli Hastalarda Fertilite Koruyucu Yaklaşımlar ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 9: 8-11.
68. Tokat MA, Fata S. Fertilite Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar: Dünya'dan Örnekler. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017, 2: 23-4.
69. Seymenler S. Üniversite Öğrencilerinin İnfertilite ile İlgili Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2017.
70. Tunç Ş. Spontan Yoldan ve Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Hastaların Maternal, Fetal ve Perinatal Özelliklerinin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2014.
71. Kılıç S, Uçar M, Türker T, Koçak N, Aydın G, Günay A, Gençtürk D. GATA Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde Taşıyıcı Anneliğe Yönelik Tutumun Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009, 51: 216-9.
72. Aktürk FS. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.
73. Devran A, Yılmaz N, Gülerman C, Mollamahmutoğlu L. İnfertil Hastaların İntrauterin İnseminasyon Ve Tüp Bebek Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri Ve Bilgilenme Kaynakları: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Ve Eğitim Araştırma Hastanesi İnfertilite Ünitesi Anket Çalışması. *The Journal of Gynecology – Obstetrics and Neonatology* 2012, 8: 1365-8.
74. Ahmadi A, Bamdad S. Assisted Reproductive Technologies and The Iranian Community Attitude Towards Infertility. *Hum Fertil* 2017, 20: 204-11.
75. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan ST, Göktolga Ü, Baser İ. Opinions of Infertile Turkish Women On Gamete Donation and Gestational Surrogacy. *Fertil Steril* 2008, 89: 817-22.

76. Aşçı Ö, Gökdemir F, Altuntaş G. Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşleri ve Çocuk Sevme Durumları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2017, 10: 18-35.
77. Dembinska A. Bioethical Dilemmas of Assisted Reproduction In The Opinions of Polish Women In Infertility Treatment: A Research Report. *J Med Ethics* 2012, 38: 731-4.
78. Akyüz A, Sever N, Kardeşahin E, Güvenç G, Çek S. A Survey on Oocyte Donation: Turkish Fertile and Infertile Women's Opinions. *Int J Fertil Steril* 2014, 8: 289-98.
79. Richter YS, Goldschmidt S, Braehler E, Weidner K, Beutel M. Egg Donation, Surrogate Mothering and Cloning: Attitudes of Men and Women in Germany Based on a Representative Survey. *Fertil Steril* 2009, 92: 124-30.
80. Uslu B, Özekinci M, Sakıncı M, Tunik S, Özdoğan G, Coşkun N, Sarıbaş GS, Ordueri E, Osalu MA, Turan N, Şenol Y. Knowledge and Perception About Oocyte Donation In a Semirural Region of Turkey. *Clin Exp Health Sci* 2016, 6: 101-6.
81. Khalili MA, Işıkoğlu M, Tabibnejad N, Almadi M, Abed F, Parsanejad ME, Ghasemi M, Jamal H. IVF Staff Attitudes Towards Oocyte Donation: A Multi-Centric Study From Iran and Turkey. *Ethics, Bioscience and Life* 2008, 3: 61-6.
82. Şenol DK, Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK, Çalışkan S, Urman B. Views of Turkish People On Oocyte and Sperm Donation. *Çukurova Med J* 2019, 44: 118-26.
83. Rabah DM, Wahdan IH, Merdawy A, Abourafe B, Arafa MA. Oncologists' knowledge and practice towards sperm cryopreservation in Arabic communities. *J Cancer Surviv* 2010, 4: 279-83.
84. Groot MD, Dancet SE, Repping D, Stoop M, Goddijn F, Veen FV, Gerrits T. The Voice Of Dutch Women with Anticipated Gamete Exhaustion Who Consider Oocyte Freezing To Increase Their Chances on Shared Parenthood. *European Society of Human Reproduction and Embryology* 2013.
85. Hodes-Wertz BS, Druckenmiller MS, Noyes N. What Do Reproductive-age Women Who Undergo Oocyte Cryopreservation Think about the Process as a Means to Preserve Fertility? *Fertil Steril* 2013, 100: 1343-9.
86. Waldby C. Banking Time: Egg Freezing and The negotiation of Future Fertility. *Culture, Health and Sexuality* 2015, 17: 470-82.

87. Bahar L, Erden S, Apaydın S. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Yardımcı Üreme Teknikleri Hakkında Görüşleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 14: 21-6.
88. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan ST, Göktolga Ü, Baser İ. Opinions of Infertile Turkish Women On Gamete Donation and Gestational Surrogacy. *Fertil Steril* 2008, 89: 817-22.
89. Rahmani A, Howard F, Sattarzadeh N, Ferguson C, Asgari A, Ebrahimi H. Viewpoints Of Fertile Women on Gestational Surrogacy in East Azerbaijan Province, Iran. *Indian J Med Ethics* 2014, 11: 29-33.
90. Kılıç S, Uçar M, Yaren H, Güleç M, Ataç A, Demirel F, Karabulut C, Demirel Ö. Determination of The Attitudes of Turkish Infertile Women Towards Surrogacy and Oocyte Donation. *Pak J Med Sci* 2009, 25: 36-40.
91. Kian EM, Riazi H, Bashirian S. Attitudes of Iranian Infertile Couples Toward Surrogacy. *J Hum Reprod Sci* 2014, 7: 47-51.
92. Kargın M, Ünal S. İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal* 2011, 49: 54-60.
93. Yağmur Y, Oltuluoğlu H. Social Support and Hopelessness in Women Undergoing Infertility Treatment in Eastern Turkey. *Public Health Nursing* 2012, 29: 99-104.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Derya Yükselen Erol

Doğum Tarihi ve Yeri: 13.10.1989 / Pazarcık

Öğrenim Bilgileri:

İlköğretim: Narlı İlköğretim Okulu (1995-2003)

Lise: Pazarcık Anadolu Lisesi (2003-2007)

Lisans: Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu (2008-2012)

Görevler:

Özel Vatan Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire (24.07.2012 – 30.09.2012)

Özel Medicalpark Hastanesi, Gününbirlik Cerrahi Servisi, Hemşire (09.10.2012 - 10.01.2013)

Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi, Acil Servis, Hemşire (15.01.2013 – 03.01.2019)

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşire (14.01.2019 –halen çalışmaktayım.)

ANKET FORMU

Bu çalışma ile hemşirelerin infertiliteye yönelik tutumları ve yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Anket sorularına içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Ankette vereceğiniz bilgiler saklı tutulacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Derya YÜKSELEN EROL

İnönü Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

- 1) **Kaç yaşındasınız?**
- 2) **Cinsiyetiniz nedir?**
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
- 3) **Eğitim durumunuz nedir?**
 - 1) Lise Mezunu
 - 2) Üniversite ve Üzeri Eğitim Mezunu
- 4) **Mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?**
- 5) **Medeni durumunuz?**
 - 1) Bekar
 - 2) Evli
- 6) **Çocuğunuz var mı?**
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 7) **Siz yardımcı üreme teknikleriyle çocuk sahibi oldunuz mu?**
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 8) **İnfertilite sorununuz olsa tüp bebek tedavisini tercih eder misiniz?**
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
 - 3) Kararsızım

9) Tüp bebek tedavisi yoluyla bir çocuğunuz olsa, bunu yakın çevrenizle paylaşır mıydınız?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Emin değilim

10) Tüp bebek tedavisinde genetik araştırma yapılarak sağlıklı embriyo seçilmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1) Doğru buluyorum
- 2) Yanlış buluyorum
- 3) Kararsızım

11) Tüp bebek tedavisinde bebek cinsiyetinin belirlenmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1) Doğru buluyorum
- 2) Yanlış buluyorum
- 3) Kararsızım

12) Sperm hücrelerinin dondurularak saklanması ve gerekli olduğu bir zamanda kullanılması konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1) Uygun buluyorum
- 2) Uygun bulmuyorum
- 3) Kararsızım

13) Sperm bağıışı yoluyla çocuk sahibi olmak ister miydiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

14) Oositlerin dondurularak saklanması ve gerekli olduğu bir zamanda kullanılması konusunda ne düşünüyorsunuz?

- 1) Uygun buluyorum
- 2) Uygun bulmuyorum
- 3) Kararsızım

15) Oosit bağıışı yoluyla çocuk sahibi olmak ister miydiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım

16) Tıbbi olarak zorunlu olsanız taşıyıcı annelik yoluyla çocuk sahibi olmak ister misiniz?


- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kararsızım



EK-3.**İNFERTİLİTEYE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ (İYTÖ)**

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Çocuk sahibi olamayan çiftlerin hayatı eksiktir					
İnfertil biriyle ilişki yaşamam					
Bir ilişki kuvvetliyse çocuk sahibi olamamak bu ilişkiyi sarsmaz					
Eğer bir kadın infertil ise bu durum partnerinin / eşinin ondan ayrılması için bir neden değildir					
Çocuk sahibi olamayan kadın kusurludur					
Partnerimin / eşimin infertil olduğunu öğrensem kahrımdan ölürdüm					
Çocuk sahibi olamayacak olsam da ilişkimde mutlu olabilirim					
Çocuk sahibi olamayan erkek kusurludur					
İnfertil olduğumu bilsem bunu evlenmeden önce partnerimle / eşimle paylaşmazdım					
Çocuk sahibi olamayacağımı öğrensem bunu çevrem ile paylaşmaktan çekinmem					
İnfertil olsam “neden ben” diye kahrolurdum					
Partnerimden / eşimden çocuk sahibi olamıyorsa tekrar evlenirim					

EK-4.

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
10.07.2018	14	2018/14-24	
<p>Karar No: 2018/14-24: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 10.07.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniveritesi Hemşirelik Fakültesi Doç. Dr. Yurdağül YAĞMUR'un, sorumlu araştırmacı olduğu, Arapgir Ali Özge Devlet Hastanesi Acil Servis Hemşire Derya YÜKSELEN'in, yardımcı araştırmacı olduğu; “Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-5.



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Tez Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 06/08/2018 tarihli ve 92852811-16746 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesinde görevli Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR sorumluluğunda, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Derya YÜKSELEN tarafından, Müdürlüğümüze bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışması yapılması talebiniz, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 15.10.2018-31.12.2018 tarihleri arasında, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
16 Ekim 2018

Mehmet GÜLEJ
Müdür

Ekler:
1- 001
2- 002
3- 003
4- 004

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8caaf425-c466-4efb-8465-f3072bbbd9fc kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA
Unvan:EBE


Telefon No:4223245603 (1047)

EK-6.



Evrak Tarih ve Sayısı: 11/09/2018-E.68664

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 68636013-100
Konu : Çalışma İzni(Derya YÜKSELEN)

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : İnönü Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 06/08/2018 tarihli ve 16746 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; İnönü Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Derya YÜKSELEN, "**Hemşirelerin İnfertiliteye Yönelik Tutumlarını ve Yardımcı Üreme Tekniklerine Yönelik Görüşlerini Etkileyen Faktörler**" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemizde yapmak istediğini Müdürlüğümüze gelen ilgi yazı ile belirtilmiş olup, bu talep Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Leyla KILIÇ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü