



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İN FERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN ÇİFTLERİN FERTİLİTEYE UYUMUNU VE BUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ÖZLEM ER

KOÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Memnun SEVEN (Danışman)



Prof. Dr. Ayşe BEŞER (Üye)



Dr. Öğretim Üyesi Eda ŞAHİN (Üye)



ONAY

Bu tez çalışması 9 Temmuz 2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Yasemin Gürsoy Özdemir

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

FORM NO: 4

09/07/2019

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMASI TUTANAĞI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** yüksek lisans öğrencilerinden **0055112** numaralı **Özlem Er**'in sözlü tez savunması **09.07.2019** tarihinde yapılmış ve adı geçen öğrencinin **İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunu Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi** başlıklı yüksek lisans tezi başarılı bulunmuştur.

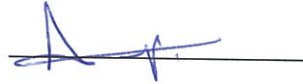
Tez Jüri Üyeleri:

İmza

Doç. Dr. Memnun SEVEN (Danışman)



Prof. Dr. Ayşe BEŞER (Üye)



Dr. Öğrt. Üyesi. Eda ŞAHİN (Üye)



Enstitü Direktörü Prof. Yasemin Gürsoy Özdemir



BEYAN

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

İmza

Adı Soyadı

Özlem ER



TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi olarak Koç Üniversitesi Hastanesi, Tüp Bebek Ünitesi'nde yapılmıştır. Bu çalışmada, infertilite tedavisi alan çiftlerin fertiliteye uyumunu ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yüksek lisans eğitim süresince değerli bilgi ve tecrübeleri ile desteklerinin hiç esirgemeyen, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyeleri Prof. Dr. Aygöl Akyüz'e ve Prof. Dr. Kafiye Eroğlu'na saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın planlama aşamasından itibaren, verileri uygun ortamda toplayabilmem için gerekli ortamı sağlayarak yardımlarını esirgemeyen Koç Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek polikliniği personeline teşekkür ederim.

Üyesi olmaktan mutluluk duyduğum Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ekibine ve yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak, tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren, her zaman yanımda olduğunu bildiğim Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Memnun SEVEN' e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yaşamım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana her zaman güç veren, yol gösteren aileme çok teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmada infertilite tedavisi alan çiftlerin fertilitate uyum düzeylerini ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çeşitli demografik değişkenler ile fertilitate uyum düzeyi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırmanın evrenini, Aralık 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Koç Üniversitesi Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'ne başvuran infertil çiftler oluşturmaktadır. Bu kapsamda 210 infertil çift çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 'Katılımcı Tanılama Formu' ve 'Fertilitate Uyum Ölçeği Formu' kullanılarak toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan infertilite tedavisi alan kadınların fertilitate uyumları 23.34 ± 4.89 , kadınların eşlerinin fertilitate uyumları $20,57 \pm 4,66$ olarak belirlenmiştir. Kadınların fertilitate uyumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile hormon tedavisi alma ve diğer evlilikten çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, eş akrabalık durumu, kronik hastalık, infertilite nedeni, intrauterine inseminasyon, IVF, mevcut tedavi ve tedavi masraflarının karşılanması gibi demografik değişkenler açısından ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). İnfertilite tedavisi alan kadınların eşlerinin fertilitate uyum düzeyleri ile diğer evlilikten çocuk sahibi olma ve infertilite nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, eş akrabalık durumu, kronik hastalık, varikozel tedavisi, TESA, TESE, tedavi masraflarının karşılanması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Ayrıca kadınların ve eşlerinin fertilitate uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçlar neticesinde, özellikle erkeklerin infertilite uyumları zayıf olması nedeniyle onlara yönelik ihtiyaç duyulan hizmetlerin sunulması ve infertilite tanı-tedavi sürecinde psikolojik destek sağlanması önemlidir. Kadın ve erkeğin infertiliteye uyumları birbirinden bağımsız olabileceğinden, çiftlerin ayrı ayrı uyum düzeylerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Çiftlerin bu süreçte infertiliteye uyumlarını ve başarılı veya başarısız tedavi sonucu ile baş etmelerini destekleyici müdahalelerin planlanması ve sağlık personelinin bu alanda güçlendirilmesi kritik bir öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, fertilitate uyum, hemşirelik

Yazar: Hemşire Özlem ER

Danışman: Doç. Dr. Memnun SEVEN

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the fertility adjustment levels of couples receiving infertility treatment and the factors affecting this. In addition, the relationships between various demographic variables and fertility adjustment level were examined. The population of the study consists of infertile couples who applied to the IVF Unit of Koç University Hospital between December 2018 and March 2019. In this context, 210 infertile couples were included in the study. Data were collected using Participant Identification Form and Fertility Adjustment Scale Form prepared by the researcher. Infertility treatment of women who were included in the study was 23.34 ± 4.89 and 20.57 ± 4.66 for men. Women's adaptation to fertility was found to be more positive. There was a statistically significant difference between fertility adjustment levels of women receiving infertility treatment and hormone treatment and having other children from marriage. There was no significant difference in terms of demographic variables such as age, education level, working status, monthly income, co-kinship status, chronic disease, cause of infertility, vaccination, IVF, and meeting current treatment and treatment costs. It was determined that there was a statistically significant difference between fertility adaptation levels of men receiving infertility treatment and having child from other marriage and cause of infertility. There was no statistically significant difference between age, education level, working status, monthly income, co-kinship status, chronic disease, varicocele treatment, TESA, TESE, and the cost of treatment. In addition, no statistically significant relationship was found between fertility adjustment of women and their spouses. According to these results, it is important to provide needed services and provide psychological support in the process of diagnosis and treatment of infertility, especially due to poor male infertility adaptation. Since male and female adaptation to infertility may be independent of each other, individual adjustment levels of couples should be evaluated. Planning interventions that support couples' adaptation to infertility and coping with successful or unsuccessful treatment and strengthening healthcare personnel in this area is critical.

Key words: Infertility, fertility adjustment, nursing

Author: Nurse Özlem ER

Advisor: Doç. Dr. Memnun SEVEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
İNGİLİZCE ÖZET	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO DİZİNİ	x
ŞEKİL VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	13
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	
1.2. Araştırmanın Amacı	
1.3. Araştırmanın Soruları	
2. GENEL BİLGİLER	17
2.1. İnfertilite	
2.1.1. İnfertilite Tanımı ve Görülme Sıklığı	
2.1.2. İnfertilite Etiyolojisi	
2.1.2.1. Kadında İnfertiliteye Neden olan Faktörler	
2.1.2.2. Erkekde İnfertiliteye Neden olan Faktörler	
2.1.2.3. Açıklanamayan İnfertilite	
2.1.3. İnfertiliteye Neden olan Risk Faktörleri	
2.1.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi	
2.1.5. İnfertilite Tedavisi	
2.1.6. İnfertilite Tedavisinin Sonuçları	
2.1.7. Başarısız Tedavi Sonucu ve Psikososyal Uyum	
2.1.8. İnfertilite Tanı ve Tedavisinin Psikososyal Etkileri	
2.2. İnfertilite ve Fertilite Uyum	
2.3. İnfertil Çifte Fertilite Uyum Açısından Hemşirelik Yaklaşımı	
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Özellikleri ve Zamanı	
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	
3.4. Çalışma Materyali	
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	
3.6. Veri Toplama Araçları	
3.7. Araştırmanın Uygulanması	
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	
3.10. Etik Kurul Onayı	
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER	71
8.1. EK 1: Etik Kurul İzin Yazısı	
8.2. EK 2: İzin Yazısı	
8.3. EK 3: Katılımcı Tanılama Formu (Kadın/Erkek)	
8.4. EK 4: Fertilite Uyum Ölçeği	
8.5. EK 5: Özgeçmiş (CV)	

TABLO DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri	39
Tablo 2. Kadınların ve eşlerinin infertilite özellikleri	40
Tablo 3. Kadınların infertilite tedavisi özellikleri	41
Tablo 4. Eşlerinin infertilite tedavisi özellikleri	43
Tablo 5. Kadınların ve eşlerinin infertilite tedavisine devam etme düşünceleri ve nedenine ilişkin görüşleri	44
Tablo 6. Kadınların ve eşlerinin infertilite uyum düzeylerinin karşılaştırılması	46
Tablo 7. Kadın ve eşlerinin fertilitate uyum düzeyleri arasındaki ilişki	46
Tablo 8. Kadınların fertilitateye uyumu ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	47
Tablo 9. Eşlerin fertilitateye uyumunu etkileyen bazı faktörler ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 10. Kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile infertilite ve tedavisine ilişkin bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	49
Tablo 11. İleri analiz amacıyla infertilite nedenine göre kadınların fertilitate uyum düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmesi	50
Tablo 12. Eşlerin fertilitate uyum düzeyleri ile infertilite ve tedavisine ilişkin bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	50
Tablo 13. İleri analiz amacıyla infertilite nedenine göre eşlerin fertilitate uyum düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmesi	51

ŞEKİL VE KISALTMALAR DİZİNİ

ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologist

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NCC-WCH: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NSFG: Ulusal Aile Büyümesi Anketi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

BKİ: Vücut/Beden Kitle İndeksi

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HSG: Histeresalfingografi

IUI: Intrautein İnseminasyon

COH-IUI: Kontrollü over over hipertimülasyonu-intrauterin inseminasyon

ICSI: Spermatozoanın oosit içerisine enjeksiyonu/ İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

IVF-ET: İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi

GIFT: Gamet Intra-Fallopian Transfer

ZIFT: Zigot Intra-Fallopian Transfer

TET: Tubal Embriyo Transferi

POST: Peritoneal Oosit Sperm Transferi

MESA: Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu

TESA: Testiküler Sperm Aspirasyonu

SUZİ: Subzonal Sperm Enjeksiyonu

PZD: Parsiyel Zona Diseksiyon

Beta-HCG: Human Chorionic Gonadotropin

FEYÖ: Fertilite Uyum Ölçeği



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, 35 yaş altında bir yıl, 35-40 yaş arası altı ay ve 40 yaş üstünde altı aydan daha kısa sürede herhangi bir korunma yöntemi kullanılmamasına ve düzenli cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (ACOG, 2017). Dünya genelinde çiftlerin %8'inin yani yaklaşık 50-80 milyon kişinin herhangi bir nedenden dolayı infertil olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de ise bu oranın %10-15 olduğu belirtilmektedir (Bodur ve ark., 2013).

İnfertilitenin yaklaşık %40'ı kadına, %40'ı erkeğe, %20'si ise hem kadın hem de erkeğe ait nedenlerden %10'unun ise sebebi bilinmeyen nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Kadına ait infertilite nedenleri genel olarak genital sisteme ilişkin anatomik bozukluklar, over ve hipotalamo-hipofizer metabolik hastalıklar ve genetik sorunlardır. Erkeğe ait infertilite nedenleri ise; konjenital ya da kazanılmış ürogenital bozukluklar, genital sistem enfeksiyonları, skrotal ısı artırımına neden olan varikosel, endokrin bozukluklar, genetik hastalıklar ve immünolojik faktörlerdir (Şirin ve Kavlak, 2016).

Evli bir çift istediği halde çocuk sahibi olamadıklarında “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştiremediği hissine kapılabilir, başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşayabilmektedir. Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olarak görülen neslin devamını sağlayamadığını düşünen çiftler, sosyal, ekonomik birçok alanda olduğu gibi evlilik ilişkilerinde de olumsuzluklar yaşayabilirler (Onat Bayram & Kızılkaya-Beji, 2012). İnfertilite çiftler için biyolojik, psikolojik, sosyal, etik ve ekonomik sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel kişisel farklılıklardan etkilenen bir sorundur (Aşçı & Kızılkaya-Beji, 2012). Kadın ve erkeğin istekleri dışında çocuk sahibi olamamaya verdikleri tepkiler bireysel farklılıklar göstermektedir. Kadınlar açısından bu durum; annelik rolünü yerine getirememe, kendini toplumdan dışlanmış hissetme, değersiz ve yalnız hissetme, yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması ve sosyal rol eksikliği olarak algılanabilmektedir (Sezgin & Hocaoğlu, 2014). Eğin'in çalışmasında, infertilitenin özellikle kadınları psikolojik olarak negatif etkilediği ve bu durumun kadınların evliliklerindeki uyumu da etkilediği görülmüştür (Eğin, 2016).

Erkek için ise bu durum; erkeklik rolünün yerine getirilememesi, babalık rolünün kaybı, yalnız kalma korkusu, soyunu devam ettirememesi ve güvence eksikliği olarak görülebilmektedir (Sezgin & Hocaoğlu, 2014).

İnfertil çiftlerde yapılan bir çalışmada infertilite stresinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu, düşük aile ve sosyal desteği olan kadınlarda stresin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Martin ve ark., 2014). Çalışmalar; infertilitenin, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, gelecek ile ilgili planlarını, benlik saygılarını etkileyerek yaşam kalitelerinin düşmesine yol açtığını göstermektedir (Aydın & Kızılkaya-Beji 2013, Kırca & Pasinlioğlu, 2013). Bu yüzden infertilite, bir çiftin genel sağlığını ve iyilik halini etkileyen bir yaşam krizi olarak kabul edilmektedir (Awtani ve ark., 2017; Kırca ve Pasinoğlu, 2013).

Tedavi sürecinde çiftler, umut ve umutsuzluk arasında gelgitler yaşayabilmektedirler. Bazen tedavinin başarılı olacağı inancı ile umutlu olurlarken, bazen ise daha kötümser hale gelerek başarılı olma umutlarını yitirebilmektedirler (Awtani ve ark., 2017). Karaca ve Ünsal'ın çalışmasında; anksiyete, depresyon ve giderek bozulan evlilik uyumu başarısız infertilite tedavisi ile ilişkili bulunmuştur (Karaca & Ünsal, 2012). Eşlerin bireysel olarak yaşadıkları sorunlar tedavi sürecini ve tedavi sürecine uyumlarını etkileyebildiği gibi (Ramos, 2011), fertiliteye uyum zorluklarına sebep olabilmektedir. Bu çiftlerde bazen çocuk sahibi olma konusuna odaklanıp kalmalarına sebep olurken, bazen de çiftler çocuksuz bir hayatı kabullenebilmektedirler. Bir çalışmada infertil kadınların uyum düzeylerinin düşük olduğu ve üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin infertil çiftlerin yaşadıkları infertilite sorununa uyum düzeylerini mutlaka değerlendirmesi ve uyum sorunlarının olumsuz etkilerini göz ardı etmemeleri ve farkında olmaları gerekliliği vurgulanmıştır (Bilgiç ve ark., 2016).

Son yıllardaki gelişmeler bir çok çiftin gebe kalmasına ve bebek sahibi olmasına olanak sağlarken, European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) 2013 yılında yayınladığı raporda, Avrupa'daki bazı ülkelerde in vitro fertilizasyon (IVF) sonrası gebelik elde etme oranının %15.9-%39.9 arasında değiştiğini belirtmektedir (Calhaz-Jorge ve ark., 2017). Bu oranlar, uzun ve yorucu tanı ve tedavi sürecine rağmen, çiftlerin büyük bir oranının kendi biyolojik çocuğuna sahip olamadığını göstermektedir.

IVF sırasında psikososyal desteğin sağlanması, erkek ve kadınların çocuksuz bir yaşama daha iyi uyum göstermelerine katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle başarısız IVF tedavisi sonrası

yaşanan keder ve üzüntü gibi duygusal tepkilerin değerlendirilmesi ve yapılandırılmış izlemler başarısız tedavinin uzun dönem olumsuz sonuçlarının önlenmesi açısından önemlidir (Volgsten ve ark., 2010).

Bir çalışmada infertilite sorunu yaşayan kadınları yaş, evlilik süresi ve çocuk sahibi olmayı isteme süresi arttıkça infertiliteden etkilenme düzeylerinin de arttığı belirtilmektedir. Kadının yaşının, evlilik ve infertilite süresinin artmasının çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, bu nedenle de stresin artmasına yol açtığı düşünülmektedir (Ünal ve ark., 2008). Benzer şekilde, Akyüz ve arkadaşlarının çalışmasında da evlilik ve infertilite süresi ile infertilite etkilenme dereceleri arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Akyüz ve ark., 2008).

Kadınların IVF'e uyumunu değerlendiren bir çalışmada başarısız yardımcı üreme teknikleri (YÜT) 'den 3-5 yıl sonra infertiliteye uyum düzeyi yüksek olan kadınların, yeni yaşam hedeflerine odaklanabildikleri ve duygusal durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Verhaak ve ark., 2007). Başarısız tedaviler sonrasında, ısrarla gebe kalmaya çalışmak yerine kendine yeni yaşam amacı belirleyen kadınların çocuksuz yaşama daha iyi uyum sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle, kadınların, tedavi başarısızlık ile sonuçlandığında yeni yaşam amacı oluşturma ve yaşamlarını yeniden şekillendirme konusunda desteklenmesi önerilmektedir (Verhaak ve ark., 2007). Başarısız tedavi sonrası çiftlerin uzun dönem psikososyal uyum problemlerine ilişkin değerlendirilmesinin yanı sıra, tanı ve tedavi sürecinde çiftlerin fertilitateye uyumun değerlendirilmesi başarısız tedavi sonrası yaşamlarına uyum düzeylerinin artırılmasına katkı verebilir.

Moura-Ramos ve arkadaşları, uzun yıllar başarısız tedavi girişimlerine maruz kalan çiftlerde, psikolojik etkilenmeler giderek artabildiğini belirtmektedir. Bu nedenle sağlık personelleri, tedavinin başlangıcında çiftlerin beklenti ve tedavi sürecine ilişkin düşüncelerini değerlendirmelidir. Tedavi başarısızlığı ile başa çıkma sürecinde; çiftler çocuksuzlukla yüzleşmekte, yaşam hedeflerini ve gelecek beklentilerini yeniden gözden geçirebilmektedir. Bu zorlukları erken tespit ederek, sağlık personelinin infertiliteyi ele alırken infertil çiftlere yönelik uygun bakım ve danışmanlığın önemli olduğu vurgulanmaktadır. İnfertilite tedavi sürecine girerken duygusal zorluklar yaşayan çiftlere yönelik psikososyal müdahaleler ile birlikte, önceki başarısız infertilite tedavi öykülerinin dikkate alınması gerekliliği ve tüm tedavi olasılıklarının, tedaviye yönelik beklentilerinin konuşularak ve olası sonuçların tartışılması gerekmektedir. Bu süreçte, ebeveynliğin önemi ve ebeveyn olmaya verilen önemi şekillendiren kültürel, sosyal ve dini

farklılıklar ile birlikte ele alınarak ebeveynlik ve çocuksuzluğun anlamlarının çiftlerle tartışılması ve infertiliteye uyumu etkilediği bilinen bu sosyokültürel farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir (Moura-Ramos ve ark., 2016; Nishioka, 2003; Aboim, 2007; Jordan & Revenson, 1999).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin fertilitate uyumunu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, uygun bakım ve danışmanlık faaliyetlerinin planlanması açısından önemlidir. Tedavi ve tedavi süreci sonrası dönemde çiftlerin fertilitateye uyumunun artırılması ve çiftlerin hem daha olumlu bir tedavi süreci geçirmelerine hem de bebek sahibi olduklarında veya olmadıklarında yeni yaşamlarına daha iyi uyum sağlayabilmeleri açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada infertilite tedavisi alan çiftlerin fertilitate uyum düzeylerini ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- İnfertilite tedavisi alan kadınların fertilitate uyum düzeyi nedir?
- İnfertilite tedavi alan erkeklerin fertilitateye uyum düzeyi nedir?
- İnfertilite tedavisi alan kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile fertilitate uyum ölçek puanı arasında bir fark var mıdır?
- İnfertilite tedavisi alan erkeklerin bazı sosyodemografik özellikleri ile fertilitate uyum ölçek puanları arasında bir fark var mıdır?
- İnfertilite tedavisi alan kadınların ve eşlerinin fertilitateye uyum ölçek puanları arasında bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilite Tanımı ve Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre “infertilite; üreme çağında olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az 12 ay düzenli cinsel ilişkiye girmelerine rağmen gebeliğin oluşmaması” olarak tanımlanmaktadır (Zegers-Hochschild ve ark., 2009). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health' e göre ise infertilite; iki yıl korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [NCC-WCH], 2004). “Primer infertilite daha önce hiç gebelik (term, ektopik, abortus) oluşmaması” şeklinde tanımlanırken, “sekonder infertilite daha önce gebelik olduğu halde, yeni bir gebelik oluşmaması olarak” tanımlanır (Tural, 2017; Durgun-Ozan, 2013).

Dünyada 80 milyondan fazla kişi infertiliteden etkilemekte birlikte ve üreme çağındaki kadınlarda infertilitenin %5-30 arasında değiştiği belirtilmektedir (Zegers-Hochschild ve ark., 2009; ACOG, 2019). Bu sıklık ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmektedir. İnfertilite sıklığı gelişmiş ülkelerde yaklaşık %8-10, gelişmekte olan ülkelerde ise %15-20'dir (Noorbala ve ark., 2009). Amerika'da, infertilite sıklığının %15 olduğu, yani her 6 çiftten birinin ya da 4.8 milyon kadının çocuk sahibi olamadığı bildirilmektedirler (Makar ve ark.,2002; Jose-Miller ve ark., 2007). Dünya doğurganlık araştırmasının bulgularına göre 40–49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların sıklığı, en düşük Güney Kore (%1.3), Ürdün (%2.2), ve Suriye (%2.9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek oranda infertilite görüldüğü (%30-%50) belirtilmektedir (Noorbala ve ark., 2009; Makar ve ark., 2002). Bu farklılık, gelişmekte olan ülkelerde özellikle gonore ve klamidya gibi cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonlarının daha sık görülmesi ve hiç tedavi edilmemesi ya da tedavinin etkili olarak yapılmaması sonucu uzun dönemde infertiliteye neden olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde ise yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı %3.2-20 olarak saptanmıştır. TNSA-2013 Ön Raporu'na göre kadınların %6.6'sı gebe kalamadıklarını bildirmiş, 2008 araştırmasında ise bu oran %3.5 olarak bulunmuştur (Gökler ve ark., 2014; TNSA, 2013; TNSA,2009; Kaba, 2018).

2.1.2. İnfertilite Etiyolojisi

DSÖ'nün 8500 infertil çift ile yürüttüğü çalışmada, gelişmiş ülkelerde infertil çiftlerin %37'sinde kadına ait faktörlerden kaynaklanan infertilite %8'i erkeğe ait faktörlerden kaynaklanan infertilite ve %35'i hem erkekten hem de kadına ait faktörlerden kaynaklanan infertilite olarak bildirilmiştir (Kuohung, W. & Hornstein, M. D.; 2019). Toplum temelli bir çalışmada erkek faktörü (hipogonadizm, post-testis kusurları, seminifer tübül disfonksiyonu) % 26, ovulasyon işlev bozukluğu %21, tüp hasarı %14, endometriozis %6, koital sorunları % 6, servikal faktör %3 ve açıklanamayan infertilitenin ise %28 oranında olduğu belirtilmektedir. Bu infertilite faktörlerinin sıklığı gelişmiş ülkelerde son 25 yılda önemli ölçüde değişmemiştir (Kuohung, W. & Hornstein, M. D.; 2019).

2.1.2.1. Kadında İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Kadına ait infertilite nedenlerini tuba-peritoneal faktör, ovulatuvar faktör, uterin faktör, servikal faktörler olmak üzere 4 ana grupta incelenmektedir. (Oğuz, 2004; Yaylagülü, 2017; Beck, 1998). Kadın infertilitesinin %81'ini oluşturan en yaygın belirlenebilir kadın faktörleri şunlardır; Ovulasyon bozuklukları (%25), endometriozis (%15), pelvik adezyonları (%12), tubal tıkanıklık (%11), diğer tubal anomaliler (%11), hiperprolaktinemi (%7). Kadınlarda, ilerleyen yaşa bağlı infertilite olan kadınların yüzdesinde bir artış görülmektedir. Ek olarak, leiomyom, tubal hastalık ve endometriozis gibi doğurganlığı azaltabilecek diğer faktörler de kadınlarda infertiliteye yol açmaktadır (Kuohung ve Hornstein, 2019).

Tuba-peritoneal faktör: Kadına ait infertilite nedenleri içinde %25- 30'unu tubal faktörler oluşturmaktadır. Fallop tüpleri, sperm ve oosit arasında bağlantıyı sağlayan, fertilizasyonun gerçekleşmesi için vazgeçilmez bir yapıdır. Geçirilmiş cerrahi ya da pelvik yaralanmalarla oluşan travma, endometriozis, tüberküloz, genital sistem enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, tubal adezyon ve obstrüksiyon oluşturarak öncelikle spermin ilerleyişini engeller, daha sonra da ovumun tubal yolla uterusu transportunu engelleyerek infertiliteye neden olurlar (Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2005; Wu ve ark., 2007).

Ovulatuvar faktör: Ovulasyon normal endokrin üreme fonksiyonunun bir belirtisidir ve ovulasyon fazındaki bozukluklar kadınlardaki tüm infertilite sorunlarının %15-20'sini oluşturmaktadır. Ovulasyon fonksiyon bozuklukları, gebeliğe engel olacak şekilde anovulasyon

veya oligoovulasyon biçimde olabilir. İnfertil çiftlerin incelenmesindeki ilk adımlardan biri ovulasyonun normalliğinin saptanması olmalıdır (Arslan-Özkan, 2012; Bodur ve ark., 2013; Karabacak ve Günaydın, 2007).

Servikal faktör: Kadına ait infertilite nedenlerinin %5-10'ini servikal faktörler oluşturmaktadır. Servikal faktörler üreme sürecindeki birçok aşamada etkin role sahiptir. Servikal mukus, ejakülatan spermeleri yakalayıp diğer seminal proteinleri ayırır, anormal morfolojili spermeleri filtre eder, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Servikal mukusta meydana gelen enfeksiyon ve immünolojik problemler, sperm kalite ve hareketliliğini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilmektedir (Arslan-Özkan, 2012; Karabacak ve Günaydın, 2007).

Uterin faktör: Uterin anomaliler infertiliteye yol açan nadir nedenler arasında yer alır ve kadın infertilitesinin % 2-5'ini oluşturmaktadırlar. İnfertilitede, uterusla ilişkin faktörler hala kesin olarak açıklanmamıştır. Ancak infertilitenin en önemli faktörlerinden biri olan implantasyon başarısızlığı sıklıkla uterin faktörlerle ilgili görülmektedir. Konjenital olabileceği gibi sonradan da meydana gelebilen uterin patolojiler miyomlar, endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler ve müler kanal anomalileridir (Wu ve ark., 2007).

2.1.2.2. Erkeklerde İnfertiliteye Neden Olan Faktörler

Erkeklerde infertiliteye neden olan faktörler; sperm üretim bozuklukları, sperm fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemdeki bozukluklar olmak üzere üç ana bölümde incelenmektedir.

Sperm Üretim Bozuklukları: Semen volümü 2-6 ml. dir ve bu miktarda 20 milyondan daha az sperm olması yetersiz sperm üretimini göstermektedir. Sperm üretimindeki bozukluklar primer testiküler yetmezlik (hipergonadotropik, hipogonadizm) nedeniyle oluşabilmektedir. Genetik nedenler arasında, kliniferter sendromu veya testislerde anatomik bozukluklar (kriptorşidizm, varikosel), enfeksiyon (kabakulak, orşidi) ve gonadotoksin belirtilmektedir (Beckmann ve ark., 2014).

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm hareketliliği, spermin hayatta kalabilmesi ve taşınabilmesi için gereklidir. Semende bulunan spermelerin % 60'ından azında hareket sorunu söz konusu ise bu durum, spermelerin fonksiyon bozukluğuna işaret eder. Sperm fonksiyon bozuklukları, antisperm antikorlar, varikosel, genital organların inflamasyonu (prostatit), sperm

yapışma anormallikleri ve penetrasyon ile ilgili olabilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012; Coşkun, 2012; Beckmann ve ark., 2014; Koca, 2017).

Duktal Sistem Bozuklukları: Duktal sistemdeki bozukluklar, spermin taşınması ve kadın üreme sisteminde canlı kalmasında yaşanan problemlerdir. Duktal sistemdeki obstrüksiyon vazektomiden, konjenital bilateral vazdeferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis ve ejakuluar duktus obstrüksiyonundan kaynaklanır (Atasu ve Şahmay, 2001; Hoffman ve ark., 2015; Koca, 2017).

2.1.2.3. Açıklanamayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite, bir yıl korunmasız cinsel ilişki sonrası gebelik elde edemeyen çiftlerde yapılan temel değerlendirmede (sperm analizi, ovulasyon testleri, kavite ve tubalarda patoloji olmadığını gösteren histerosalpingogram) herhangi bir patolojiye rastlanmaması olarak tanımlanmaktadır. Tüm temel infertilite testlerinin sonucunda, çiftlerin yaklaşık olarak %15'inde neden ortaya konamamaktadır (Mutlu ve ark., 2013). Açıklanamayan infertilitenin olası nedenleri arasında; immünolojik nedenler, hafif tubal bozukluklar, ileri kadın yaşı ve endometriyozis olabileceği düşünülmüştür (Hacker ve ark., 2009; Hoffman ve ark., 2015).

2.1.3. İnfertiliteye Neden Olan Risk Faktörleri

İnfertilite ile ilişkisi en iyi tanımlanmış faktör yaş olmakla birlikte eğitim ve kariyer odaklı yaşam, kontrasepsiyon alanındaki yenilikler, ekonomik sorunlar ve evlilik anlayışındaki farklılıklar gibi nedenlerle son 30 yılda kadınlarda ilk doğum yaşı giderek artmaktadır. Doğurganlık düzeyi 35 yaşına kadar yavaş bir azalma gösterirken, bu yaştan sonra hızlı bir şekilde düşüş göstermektedir. Oositlerin azalması, siklus düzensizlikleri, kromozom anomalileri, abortus riskindeki artış, koitus sıklığında azalma, kronik sağlık sorunları, ileri yaş ile birlikte fertilitiyi azaltan nedenler arasında sıralanır (Çavuşoğlu, 2015; Homan ve ark., 2007; Kelly ve ark., 2006).

Obezite ve beslenme durumu da infertiliteyi etkileyen nedenler arasında gösterilmiştir. Vücut ağırlığının azalması ile hem doğurganlık hem de sağlıklı gebelik oranında artma gözlenirken, vücut kitle indeksindeki (BKİ) artış ise infertilite oranının artış olduğunu göstermektedir (Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 2005). BKİ'si 18'in altında olan kadınlarda siklusa değişimler ve ovulasyon problemleri görülmektedir. Kadın atletlerde ve bazı anoreksik kadınlarda gözlemlenen amenore insidansı bu şekilde

tanımlanmaktadır. Aynı şekilde obezite de ovulasyon problemlerinde yine aynı orantıda artış gözlemlenmiştir. Obezite de en önemli endokrin değişiklik bazal insülin düzeyinin artması yani insülin direncinin artmasını işaret eder. İnsülin direncinin artması ile hiperandrojenizm ve anovulasyon, polikistik over sendromu ile karşılaşmaktadır (Kavlak, 2008).

Stres ise hem kadın hem de erkeklerde idiyopatik infertilite faktörü olarak gösterilir. Stres otonom sinir sistemine, endokrine ve immun sisteme etki ederek fertilitiyi etkilemektedir. Stres sübjektif bir kavram olduğundan tanınması ve ölçülmesi zordur. Stresin arttığı sıklularda gebe kalma oranlarında azalma yaşanabilmektedir. Stres düzeyindeki artma fertilize oosit ve gebelik sayısının azalmasına neden olabilmektedir (Homan ve ark., 2007; Klonoff-Cohen, 2005).

Çevresel toksinler ve kimyasal maddeler de fertilitiyi olumsuz şekilde etkilemektedir. Üreme sistemi radyasyona aşırı duyarlıdır. Maruz kalınan doz ve süreyle orantılı olarak geçici veya kalıcı sterilite oluşabilmektedir. Kozmetiklerde bulunan kimyasallar abortus riskinin artmasına neden olmakta ve yapıştırıcı maddelerle çalışın kadınlarda fertilitte azalmaktadır (Homan ve ark., 2007). Bu sebeple infertilite tedavisine başvuran kişilerde çevresel ve mesleki zararlı maddelere maruz kalıp kalmadığı kesinlikle sorgulanmalıdır. Buna bağılı olarak kişiden tedavi süresince ortam veya geçici iş değışikliği yapması istenebilir (The National Infertility Association, 2019).

Son olarak bir diğer faktör ise cinsel yolla bulaşın enfeksiyonlar ve tedavisi gerçekleştirilmemiş üreme organları enfeksiyonları sıklıkla sekonder infertiliteye neden olarak gösterilmektedir. Sekonder infertilite erken seksüel aktivitede bulunan ve çok eşli yaşam tarzına sahip olan toplumlarda daha fazladır. HIV enfeksiyonuna sahip kadınların çoğı 15-44 yaş arasındadır. HIV enfeksiyonu kadın doğurganlığını olumsuz etkilediğı gibi kötü gebelik sonuçlarına da neden olmaktadır. Tedavisi edilmemiş pelvik enflamatuvar hastalığı olan kadınlardan %55-85'i sağıık kuruluşlarına infertilite sorunu ile başvuru yapmaktadır (İsen ve ark., 2005; Yaylagülü, 2017).

2.1.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

Kadına Yönelik Tanı Testleri: Ovulasyon testleri, ultrasonografi, postkoital test, endokrin testler, histerosalpingografi, endometrial biyopsi, histereskopi ve laparaskopi kullanılarak

değerlendirilmektedir (Kılınç,2007; Yıldız-Eryılmaz ark. 2009; Köse,2010; Speroff ve ark., 2011; Yaylagülü, 2017).

Erkeğe Yönelik Tanı Testleri: Semen analizi, endokrin testler, ultrasonografi ve testiküler biyopsi olarak erkeğe yönelik tanı testlerinde değerlendirilmektedir (Yıldız-Eryılmaz ark. 2009; Yumru & Öndeş, 2011; Durgun-Ozan 2013; Köse, 2010; Strauss, & Barbieri, 2006; Dohle ve ark., 2010; Zeren,2016).

2.1.5. İnfertilite Tedavisi

Kadın İnfertilitesinin Tedavisi

İnfertilite önemli tıbbi, psikososyal ve ekonomik yönleri olan karmaşık bir hastalıktır. İnfertilite tedavisinde, özellikle yardımcı üreme teknolojisi gelişimi ile önemli ilerlemeler sağlanmıştır. İnfertilite nedeni belirlendiğinde, geri dönüşümlü etiyolojileri düzeltmeyi ve geri dönüşü olmayan faktörlerin üstesinden gelmeyi amaçlayan tedavi uygulanabilmektedir. Çifte ayrıca, sigarayı bırakma, aşırı kafein ve alkol tüketimini azaltma ve uygun koitus sıklığı (beklenen yumurtlama süresi boyunca her bir veya iki günde bir) gibi doğurganlığı artırmak için yaşam tarzı değişiklikleri konusunda da eğitim verilmektedir. İnfertilite tedavi planamasında dört ana faktör önemli rol oynar: obstetrik öykü (örneğin, canlı doğum oranı), tedavi yükü (örneğin, enjeksiyon sıklığı ve ofis ziyaretleri), güvenlik (örneğin, over hiperstimülasyonu ve çoklu gebelik riski) ve ekonomik faktörlerdir (Kuohung, W. & Hornstein, M. D.; 2019).

Erkek İnfertilitesinin Tedavisi

Erkek infertilitesinin değerlendirilmesinin nedenleri ve yaklaşımı ayrı ayrı gözden geçirilir. İnfertil bir çiftin erkekden önce ya da eş zamanlı olarak kadının değerlendirilmesini ve tedavisini önerilmektedir. Küçük bir infertil erkek azınlığın tıbbi veya cerrahi olarak geri dönüşlü infertilite nedenleri vardır. YÜT, erkek infertilitesinin çoğu nedeni için potansiyel olarak etkili olan tek tedavi yöntemidir. İnfertilitesi sekonder (hipogonadotropik) hipogonadizmden (Grade 1B) kaynaklanan erkeklerde spermatogenez indüksiyonu için gonadotropin replasman tedavisi önerilmektedir. Prolaktin adenomuna bağlı sekonder (hipogonadotropik) hipogonadizmi olan erkekler için, tipik olarak spermatogenez ve doğurganlığı geri kazandırdığı için, genellikle kabergolinli dopamin agonist tedavisi önerilmektedir. Prolaktin makroadenomlu erkeklerde serum prolaktin konsantrasyonunu düşürmek ve adenomu küçültmek testosteron konsantrasyonunu ve sperm

sayısını artırmak için yeterli olmayabilir (gonadotrop hücrelerine kalıcı hasar). Bu durumda, spermatogenezin indüksiyonu için gonadotropin tedavisine başlanmaktadır. İkincil (hipogonadotropik) hipogonadizm, idiyopatik dispermatogenez veya idiyopatik erkek infertilitesi (Grade 2C) için clomipen sitrat, aromataz inhibitörleri veya gonadotropin tedavisi kullanılmasını önerilmektedir. Varikosel onarımını sadece anormal semen analizleri ve büyük, grade 3 varikoselleri olan infertil erkeklerde önerilmektedir. (Grade 2C) Büyük varikosel semptomlara neden olan erkeklerde (infertil olsun veya olmasın) cerrahi onarım da uygun bulunup palpe edilemeyen küçük varikoslu infertil erkeklerde varikosel ameliyatı önerilmemektedir. Sperm testis, epididim veya boşalma durumlarından alınabilirse, infertilite nedeninden bağımsız olarak canlı doğumlara yol açabileceğinden YÜT önerilmektedir (Sınıf 2B). Spermatozoanın (ICSI) oosit içerisine enjeksiyonu, erkeğe ait infertiliteye sahip hastalar için kullanılan en etkili ve yaygın tekniktir. Genetik danışmanlık ve test, ICSI ve YÜT kullanımından önce erkeğe ait infertiliteye sahip birçok çiftte sunulmalıdır. (Bradley & Stephanie, 2017).

Yardımcı Üreme Teknikleri

İnfertilite tedavisinin etkinliği yüksek, maliyeti düşük, kullanımı kolay ve yan etkileri az olmalıdır. Uygun infertilite tedavisinin tanımlanması her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle çiftin öyküsü, fizik muayene bulguları, maddi olanakları, yaş ve zaman kısıtlamaları, dini ve kültürel değerleri gibi pek çok faktör değerlendirilmelidir. Genellikle, karmaşık tedavilerden önce, daha basit tedaviler belirlenmeli ve bireysel gereksinimler göz önüne alınmalıdır (Erdem, 2012; Teskereci, 2010).

İnfertilite tedavisi öncelikle nedene göre planlanarak, infertiliteye neden olduğu düşünülen belli bir anatomik veya fizyolojik sorun varsa ortadan kaldırılmalıdır. Uterus ve tüp anomalileri, özel cerrahi tekniklerle tedavi edilmelidir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı ortaya çıkan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltilebilir. İnfertilite eğer ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide ovulasyonun sağlanması üzerinde durulur ve bunun için hormonal ilaç tedavisi yapılır (Kırca & Pasinlioğlu, 2013; Zeren,2016).

Günümüzde en sık kullanılan yöntemler; İntrautein İnseminasyon (IUI), In- Vitro Fertilizasyon (IVF)-Embriyo Transferi (ET) ve İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) dur. Erkeklerde infertilite nedeni genitoüriner bölge enfeksiyonu ise (prostatit ve epididimitis gibi), uygun antibiyotiklerle tedavi edilebilmektedir. Sperm yapımını etkileyen bir hormonal dengesizlik

nedeniyle çocuğu olmayan çiftlerde başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormonsal uyarıların yerini almak ve bu uyarıları şiddetlendirmek üzere hormon tedavisi kullanılmaktadır (Erdem, 2012).

İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorunları giderilmekte ve böylece çiftte çocuk sahibi olma imkanı sağlanmaktadır. Kalan %10-15'i ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanmaktadır (Hotun-Şahin & Bilgiç, 2015, Kırca & Pasinlioğlu, 2013; Zeren, 2016).

YÜT, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Benli, 2010; Durgun-Ozan, 2013; Kırca & Pasinlioğlu, 2013). Kendi gelişimsel süreci içinde pek çok yardımcı üreme tekniği tanımlanmış ve denenmiştir. Bu teknikler;

- İntrauterin İnseminasyon (IUI),
- İn-vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET),
- Gamet Intra-Fallopian Transfer (GIFT),
- Zigot Intra-Fallopian Transfer (ZIFT),
- Tubal Embriyo Transferi (TET),
- İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI),
- Peritoneal Oosit Sperm Transferi (POST)'dir (Benli 2010, Çavuşoğlu 2015, Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

GIFT, ZIFT, TET gibi gamet veya embriyonun tubaya transferinin yapıldığı yöntemlerin invaziv olması ve uygulama zorluğu nedeniyle kullanımı terk edilmiştir (Benli, 2010; Erdem, 2012). Ayrıca YÜT olmayan, çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler de vardır. Bunlar;

- Assisted Hatching (Zona Delinmesi/Yardımla Yuvalanma),
- MESA (Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu),
- TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu),
- SUZİ (Subzonal Sperm Enjeksiyonu),
- PZD (Parsiyel Zona Diseksiyonu) (Karanisoğlu & Yazıcı 2009).

Dünyada YÜT uygulaması sonrası ilk bebek, 25 Temmuz 1978 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında, Stepto-Edwards IVF ekibi tarafından [Doktor Robert Edwards, Robert Stepto ve hemşire Jean Purdy (ilk IVF hemşiresi)] Louise Brown'ın doğumu gerçekleştirildi (Brinsden, 2005; Johnson, 2011; Medicine, 2010).

Ülkemizde 1984 yılında YÜT için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra, ilk IVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesi'nde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Gerçekleştirilen ilk IVF-ET gebeliğinde ilk bebek 18 Nisan 1989'da dünyaya gelmiştir (Benli, 2010; Taşkın, 2016).

Günümüzde en fazla kullanılan YÜT; intrauterin inseminasyon, in-vitro fertilizasyon ve embriyo transferi ve intrasitoplazmik sperm injeksiyonudur (Benli, 2010).

Intrauterin Inseminasyon (IUI)

İnfertilite olgularının tedavisinde birinci basamak olarak kullanılan bu yöntem, ovulasyon zamanında laboratuvar ortamından geçirilip hazırlanan spermilerin kateter aracılığıyla uterus içerisine enjekte edilmesi işlemidir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). Servikse konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde ise peritoneal inseminasyon denir. En yaygını uterusu inseminasyondur (Arslan-Özkan, 2012; Durgun-Ozan, 2013). IUI, halk arasında “aşılama” olarak bilinmektedir.

Diğer infertilite tedavilerinin içerisinde önemli bir yere sahip olmasının yanı sıra ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon (IUI) tedavi yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. IUI diğer yardımcı üreme tekniklerine kıyasla kolay uygulanabilir olması, daha az invazif içermesi ve ucuz olması sebebiyle daha sık kullanılan yöntemlerden biri olarak kabul edilebilmektedir (Erdoğan ve ark., 2015). Morbidite oranları da, diğer yardımcı üreme tekniklerine göre oldukça düşüktür (Yıldız ve ark, 2016). IUI, ovülasyon zamanında laboratuvar ortamında özel işlemlerden geçirilip hazırlanan spermatozoaların kateter aracılığıyla uterusu enjekte edilmesi yöntemidir. Servikse konulduğunda, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulduğunda, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye yerleştirildiğinde peritoneal inseminasyon denir. En yaygını uterusu inseminasyondur. Literatürde bu yöntem ile gebeliklerin üç –dört sıklıta oluştuğu ve altı-sekiz aylık dönemi kapsadığı bildirilmiştir. Ayrıca bu yöntem dört-altı sıklık önerilmektedir. Dört-altı sıklık sonrasında gebelik oluşmamışsa IVF önerilmelidir (Angell ve ark, 2008; Kaba, 2018).

In Vitro Fertilization (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)

IVF tedavi yönteminde oosit toplama işlemi sonrasında oosit ve spermelerin laboratuvar ortamında bir tüp içine bırakılarak, fertilizasyonun meydana gelmesi beklenmektedir. Laboratuvar koşullarında fertilizasyon sonrasında embriyoların transservikalolarak uterusu transferi gerçekleşir. Bu teknik infertilitenin bütün nedenlerinde kullanılan bir tedavi olmasıyla birlikte YÜT arasında en sık kullanılan yöntemdir (Kızılkaya-Beji, 2009; Arıcı ve ark, 2006).

Dünyada ilk başarılı IVF olgusu 1978 yılında İngiltere’de, 1980’de Avustralya’da, 1981’de ABD ‘de, 1982’de Fransa ve İsveç’de, 1988’de ise Türkiye’de gerçekleşmiştir. IVF, günümüzde YÜT arasında en sık kullanılan tekniktir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). IVF’in temel prensibi, oosit ve spermelerin laboratuvar ortamında bir tüp içinde birleştirilerek, fertilizasyonun kendiliğinden olmasını beklemektir. Fertilizasyon sonrası embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemine Embriyo Transferi (ET) denir. IVF’e halk arasında “tüp bebek” denmektedir (Arslan-Özkan, 2012; Karanisoğlu & Yazıcı, 2009).

IVF’in Aşamaları

1. Ovulasyon indüksiyonu ve Foliküllerin gelişiminin takip edilmesi
2. Oosite Pick- Up
3. Sperm elde edilmesi,
4. Laboratuvar koşullarında oosit ve sperm bir araya gelmesi ve fertilizasyon ve erken embriyo gelişimi için uygun ortamın sağlanması,
5. Uterusa embriyoların transferi (Zeren, 2016).

Tüm işlem yaklaşık 20-30 dk kadar sürer. İşlem sonrası bireyin 1-2 saat dinlenmesi önerilir. Bazen bireyin durumuna göre yatak istirahati de önerilebilir. Endometriumu luteal fazda desteklemek için progesteron içerikli ilaçlar verilebilir. İmplantasyon transferden 4-6 gün sonra meydana gelmektedir. Transferden sonraki 12. günde kanda beta-HCG ölçümü yapılır. Testin pozitif olması durumunda hasta yakın izleme alınır (Arslan-Özkan, 2012).

İntrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

Günümüzde yaygın olarak kullanılan ICSI ile ilk doğum 1992 yılında gerçekleşmiştir (Benli, 2010; Erdem, 2012). IVF uygulamasında erkek faktörü şiddetli veya neden açıklanamamış infertilite ise, fertilizasyon intra sitoplazmik olarak spermilerin enjekte edilmesiyle sağlanır. ICSI sonrası fertilizasyon oranları %50-75 oranında değişmektedir (Karanisoğlu & Yazıcı, 2009; Zeren, 2016).

İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), şiddetli sperm anormalliklerinin mevcut olduğu durumlarda gebelik oluşması amacıyla IVF yöntemiyle birlikte uygulanır. İlk olarak 1992'de tanımlanan bu yöntem, sadece erkekte infertilite olduğu durumlarda değil, ayrıca sperm kalitesi normal olan, fakat geleneksel IVF yöntemiyle hiç embriyo elde edilemeyen veya çok az sayıda elde edilen çiftlerde de kullanılır. Ejekülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen sperm, yıkanarak en uygun sperm seçilir ve sonra tek sperm oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılır (Arıcı, 2012; Arıcı ve ark, 2006; Kaba, 2018).

ICSI, ejakülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen spermilerin yıkanarak en uygun sperm seçilmesi işleminden sonra, tek sperm oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılması işlemidir (Durgun-Ozan, 2013; Karanisoğlu & Yazıcı, 2009).

ICSI uygulanan hastalar; önceki IVF denemelerinde fertilizasyon olmayan hastalar, kötü sperm parametrelerine sahip hastalar ve testis ve epididimisten cerrahi yolla sperm elde edilen hastalardır (Erdem 2012; Zeren, 2016).

2.1.6. Başarısız Tedavi Sonucu ve Psikososyal Uyum

IVF-ET tedavi süreci, fiziksel olarak zahmetli ve emosyonel olarak zor işlemler içermektedir. Buna rağmen infertilite tanısı alan çiftler, çocuk sahibi olabileceklerine dair büyük umutlarla tedaviye başlamaktadır. Bu önemli süreçte tedavinin aşamalarına bağlı yaşanan güçlükler ve özellikle tedavinin negatif sonucu çiftler üzerinde olumsuz psikolojik etkiler yaratmaktadır (Holter ve ark, 2006; Asan, 2001). YÜT'ün duygusal olarak stresli, yapılan işlemler nedeni ile fiziksel olarak acı verici (enjeksiyonlar, oosit pick-up, embriyo transferi gibi) ve pahalı olması, sonuçta yöntemden elde edilen başarı şansının da düşük olması çiftleri olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir (Omland ve ark; 2005). Bu psikolojik, fiziksel ve ekonomik etkilenmelere rağmen çiftin kendi çocuğuna sahip olma isteği, yeniden tedaviye başlayacak gücü vermekte olup çift yeni bir umutla tekrar tedaviye başlamaktadır.

2.1.7. İnfertilite Tanı ve Tedavisinin Psikososyal Etkileri

İnfertilite tanı ve tedavisinin kadına psikososyal etkileri

İnfertilitenin psikolojik etkileri, hem kadın hem de erkekte gözlenebilmekle birlikte, kadınlarda daha yoğun yaşandığı bilinmektedir (Peterson ve ark,2003). Akyüz ve ark, infertil kadınların hayatlarının en önemli hedeflerinin çocuk sahibi olmak olduğunu, bunu gerçekleştirememekten dolayı kendilerini sağlıklı, mutsuz ve suçlu hissettiklerini belirlemişlerdir (Akyüz, 2001).

Kadının benlik saygısı, erkeklere göre daha fazla etkilenmekte, anksiyete, depresyon, öfke, hayal kırıklığı, güçsüzlük ve kontrol kaybı duygularını erkeklerden daha fazla yaşamaktadırlar. Kadının, genel popülasyonda erkeğe göre depresyona daha yatkın olması, infertiliteye bağlı yapılan tetkiklerin ve invaziv işlemlerin daha çok kadına yönelik olması, çocuk doğurma görevinin kadına ait olması, infertiliteden daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (Asan, 2001).

Kadınların ve erkeklerin infertiliteye karşı cevapları ve tedavi süresince reaksiyonları da farklıdır. Kadınlar daha fazla sosyal destek ararken, erkekler daha çok işleriyle meşgul olurlar. İnfertilitenin nedenine bakılmaksızın kadın daha yoğun emosyonel stres deneyimler ve daha fazla kişisel sorumluluk hisseder. Bir çok kadın için gebe kalma kaygısı anksiyete, umutsuzluk, depresyon ve diğer birçok psikososyal problemleri oluşturur. Yapılan bir çalışmada kadınların ailesel ve sosyal yaşamda infertilitenin etkilerinden infertiliteye karşı gösterdikleri tepkilerin daha yüksek olduğu eşler arasında %73.3 oranında uzaklaşma olduğu, kadınların benlik kavramlarında %81.7 oranında eksiklik hissettikleri bulunmuştur (İlhan, 2003; Şirin, 2001; Ataman, 2007).

Beş yıllık bir sürede başarısız infertilite tedavisi gören Danimarkalı çiftlerde evlilik uyumu ve başa çıkma stratejilerini inceleyen prospektif longitudinal kohort çalışmasında çiftler karşılaştırıldığında, kadınların daha büyük bir yüzdesi yüksek düzeyde evlilik uyumu ve başa çıkma bildirmiştir. İnfertilite sorunu ile başa çıkma ile ilgili kadınlar ve erkekler için ortak etkiler, her bir eşin diğerine sunabileceği duygusal destek derecesi ile ilgili olabilirken, başa çıkmadaki farklılıklar cinsiyetle ilgili olası bir zamanlama etkisine işaret ediyor olabileceğinden bahsedilmiştir (Peterson ve ark, 2011).

İnfertilite tanı ve tedavisinin erkeğe psikososyal etkileri

Başarısız tıbbi yardımlı üreme tedavilerinin erkeğe psikolojik adaptasyonunu inceleyen sistematik bir derlemede ilk doğurganlık değerlendirmesinden 1 yıl sonra erkeklerde uyumsuzluğun psikolojik semptomlarının anlamlı şekilde arttığını ortaya koymaktadır. İlk konsültasyondan iki veya daha fazla yıl sonra önemli farklılıklar tespit edilerek anksiyete, depresyon, aktif kaçınma ile başa çıkma, yıkıcılık, eş iletişimde zorluklar ve eşden kaçınma veya dini yönden başa çıkmanın psikolojik uyumsuzluk için risk faktörleri olarak kullanıldığına dair kanıtlar bulunmuştur. Koruyucu faktörler, bilgi arama ve infertiliteye olumlu bir anlam atfetmeyi, başkalarının ve eşinin desteğini almayı ve infertilite sorunu hakkında açık bir iletişim kurmayı içeren farklı başa çıkma stratejilerinin kullanımıyla ilgili olduğu çıkarımları yapılmıştır (Martins ve ark, 2016).

Aynı çalışmanın devamında açıklama, sosyal destek ve yaşam hedeflerinin yeniden yapılandırılması ve destek arayışı ile ilgili başa çıkma stratejilerinin erkeklerin uyumsuzluğu açısından koruyucu olduğu rol oynadığı belirtilmiştir. İzolasyonla ilgili başa çıkma, eş iletişimde zorluklar ve eş başa çıkma, erkeklerin fertilitate tedavisine uyum sağlamaları için risk oluşturabileceğinden erkek ruh sağlığı ve refahında eş ve evlilik uyumunun kilit rolünü vurgulanmaktadır. Bu nedenle, danışmanlık, başa çıkma becerileri eğitimi ile ilgili müdahaleleri içermeli ve infertilite mücadelesiyle başa çıkmak için iletişim geliştirme stratejilerini geliştirmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Martins ve ark, 2016).

İnfertilite tanı ve tedavisinin çiftler üzerine psikososyal etkileri

İnfertilite, çiftlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir (Karanisoğlu & Yazıcı 2009). Genel olarak konuyla ilgili literatür incelemesi yapıldığında, birçok çiftin infertiliteyi yaşamlarının en büyük krizi olarak tanımladıkları ve kadınların infertilite sürecinde erkeklere oranla daha fazla stres, depresyon ve anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir (Karaca & Ünsal, 2012). Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu da belirtilmektedir. Çiftler için çocuk sahibi olamama durumunda yaşanan ortak duygular, engellenme duygusu ve toplum içinde anne baba rollerinin eksikliğidir (Yanikkerem ark., 2008; Zeren, 2016). Eşler infertiliteye farklı tepkiler verebilirler. Buna karşın her iki este de en sıklıkla karşılaşılanlar; anksiyete, depresyon,

kayıp, yas, suçluluk, sosyal izolasyon ve kontrol kaybıdır. Çiftin, infertilite karşısında verdiği bu tepkilerin derecesi; infertilite süresine, tedaviye devam etme kararlarına, bireylerin adaptasyon kapasitelerine, prognozlarına, infertilite nedenlerine ve emosyonel desteklerine göre değişir (Asan,2001).

Çiftler, infertilite sorunuyla yüzleştiklerinde yaşamlarının en büyük kriziyle karşı karşıya kaldıklarını düşünürler. Bu durum evliliklerinin devamını sorgulamalarına sebep olabilmekte, hatta çiftlerden infertil olan birey kendini suçlayabilmekte ve eşinin başka bir eş bulabileceği konusunda endişelenebilmektedir (Tutarel-Kışlak ve ark., 2002; Koca, 2017).

Bireylerin infertiliteye tepkileri, kişisel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Ortak tepkiler arasında; şok, anksiyete, yas, suçluluk, yalnızlık, depresyon, sosyal baskı hissetme, üreme fonksiyon yetersizliğine ve çocuğa ilişkin gelecek hayallerinin kaybına bağlı kayıp duygusu, benlik saygısında azalma ve intihar gibi tepkiler bulunmaktadır (Kırca & Pasinlioğlu, 2013; Onat Bayram, 2009; Koca, 2017).

İnfertil bireylerin insanların temel içgüdülerinden olan neslini devam ettirme ve üreme içgüdüğü karşılanamadığında çocuk yetiştirme deneyimini kaybetmekle kalmayıp, yaşamlarının amacı, fiziksel ve psikolojik iyi oluş, hamilelik deneyimi, doğurganlık, üreme becerisi gibi yaşamlarının birçok yönünde kayıplar oluşmakta ve bu süreç stresle sonuçlanmaktadır. Çoğu infertil çift bu süreci hayatlarındaki en stresli durum olarak tanımlamaktadır. Ayrıca infertilite çiftler için kronik bir stres sebebi olurken, tedavi süreci ve beklemek ise akut stres durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Stresin sebebi, bireylerin sadece çocuk sahibi olamaması değil, doğurganlığın bireyler açısından cinsel kimlik, beden imajı ve benlik algısının merkezine yerleştirilmesi ile ilişkilidir (Altıntop & Kesgin, 2018; Sezgin & Hoccoğlu, 2014; Kaba, 2018).

İnfertilite tanısıyla karşı karşıya kalan birey/çift, süreç içerisinde aşağıdaki psikososyal evrelerden geçer. (Sezgin & Hoccoğlu, 2014; İlerisoy, 2012; Koca, 2017). İlk evre şok ve inanmama evresidir. Birey/çift infertil olduğunu ilk öğrendiğinde bu üzücü gerçek karşısında şok yaşar, inanamaz. Şok evresini yadsıma (inkar) evresi izler. Birey/çift her ay yaşanan düş kırıklıklarına, gebe kalamama durumuna, yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçeler bulmaya çalışır. Çocuk sahibi olabileceklerini ispatlama çabasıdadır ve infertil olduğunu inkar etmeye çalışır. İnfertil bireyi/çifti bekleyen bir sonraki aşama, anksiyete evresidir. Birey, eşi tarafından terk edilme endişesi duyar. İnfertil olan eş

diğer eşin gözünde yetersiz ve eksik olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Kısır/infertil tanısı, benlik saygısında azalma, kadın/erkek olarak kendini yetersiz hissetme gibi utanma duygularının ya da bunun tam tersine erkek olma, güçlü ve kudretli olma duygusunun abartılı yaşanması gibi çelişkili duyguların yaşanmasına neden olur. Eşler, tıbbi yardım almaktan çekinip utanabilirler. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyeteleri artar. İnfertil bireyi/çifti bekleyen sonraki aşama öfke evresidir. Kişi haksızlığa uğradığını düşünür ve ‘neden biz?’ sorusuna yanıt arar. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yöneltir. Bireyi/çifti bekleyen bir başka evre kontrol kaybıdır. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları irdelenmektedir. Etrafta olup biten olayları hatta kendi bedeninin de kontrolünü kaybettiğini düşünür. Yalnızlık ve yabancılaşma evresi, ümit ve hayal kırıklıklarının arka arkaya yaşanması çifti yıpratır. Çocuğu olan diğer arkadaşlar tarafından; ‘kusurlu’ görüleceği düşüncesi ve paylaşılacak ortak yönlerin azalmış olması nedeniyle, çift önce yakın çevresinden uzaklaşır. Bu düşünce zamanla eş tarafından da anlaşılammaya dönüşür ve eşle de yabancılaşma durumu yaşanır (Sezgin & Hocoğlu, 2014; Onat Bayram, 2009; Özçelik ve ark., 2007; Yeşiltepe-Oskay ve ark., 2009; Koca, 2017).

Bazı çiftler bu evreleri atlatamayıp evliliklerini sonlandırırken, evreleri atlatan ve yadsıma yerine gerçekleri kabul eden çiftler yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçebilmektedir. Örneğin; bazı çiftler eksik kalan annelik –babalık rollerini başka şekillerde doyurabilmektedir. Bir kısmı çocuksuz yaşamı seçerken, bir kısmı da evlat edinme, vericiden ovum, sperm ya da embriyo transferi veya taşıyıcı annelik seçeneklerini araştırmaktadır. Diğer bir kısmı ise; yeğenlerine iyi bir amca, dayı, teyze ya da hala olarak kendilerini ödüllendirme yoluna gitmektedirler (Onat Bayram, 2009; Özçelik ve ark., 2007; Koca, 2017).

Bireyler, çocuk sahibi olmak isteyip de olamadıkları zaman, kendi bedenlerinin kontrolünü kaybettiklerini düşünerek güçsüzlük ve başarısızlık duyguları yaşarlar. Yetersizlik ve çocuk sahibi olamamak yaşamlarının her alanını kaplayabilir. Yaşamlarının alt üst olduğunu ve kontrollerinin dışına çıktığını hissederler. Birçok çifte göre infertilite durumu ciddi psikolojik yük oluşturmaktadır. İnfertilite tedavisi gören kadınların yaklaşık yarısı, erkeklerin ise %15’i

infertiliteyi yaşamlarındaki en stresli deneyim olarak tanımlamaktadır (Harrison ve ark., 1987). İnfertilite sonucu çiftin psikolojik sorun yaşamaması dışında psikolojik sorunların da infertiliteye neden olduğu belirtilmektedir. Nitekim bu konuyu irdeleyen çalışmalarda; travmatik yaşantı, iş gerilimi, stres ve psikosomatik semptomlar, depresyon gibi psikolojik sorunların infertilitenin oluşumunda etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Yeşiltepe- Oskay ve ark., 2009; Oğuz, 2004).

Psikolojik destek ve girişimlerin infertilite tedavi sürecine olumlu katkı sağladığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin, Alibaşoğlu' nun makalesinde Sarrel ve DeCherney' in 1985 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında belirtildiği gibi 20 infertil kadının 10' u ile psikoterapötik görüşme yapmış, diğer 10 kadın rutin izlemeye bırakılmıştır. Psikoterapötik görüşme yapılan grupta %60' lık bir gebelik oranı saptanırken görüşme yapılmayan grupta gebelik oranı, %10' da kalmıştır (Alibaşoğlu, 2010).

Sonuç olarak günümüzde genel kabul gören düşünce, depresif semptomların bir yandan infertilite tanısı ve başarısız tedavi sonucunda geliştiği ama öte yandan da bizzat tedavi başarısını düşürebilecek bir risk oluşturduğu yönündedir. Yani infertilite, çiftleri psikolojik olarak olumsuz etkilemekte ve bu etki, tedaviye de yansımaktadır. Bu bağlamda çiftin tedavi sürecindeki motivasyon yetersizliği ve ruhsal sağlık sorunları psikolojik bir destekle daha kolay baş edilebilir hale gelebilmektedir. Bu nedenle infertilite kliniklerinde çift, multidisipliner bir yaklaşımla desteklenmeli ve psikolojik yardım alması konusunda cesaretlendirilmelidir. (Alibaşoğlu, 2010; Keskin ve ark., 2012; Koca, 2018).

2.2.İnfertilite ve Fertilite Uyum

İnfertilitede fertilite uyum; bireylerin çocuk sahibi olma ya da olamama olasılıklarını davranışsal, bilişsel ve duygusal açıdan sürdürebilmeleri olarak tanımlanmıştır (Glover ve ark., 1999). Bireylerin öz yeterlik algıları ve uyumları, infertilite tedavisi sırasındaki tutum ve davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Glover ve ark.,1999; Durgun-Ozan, 2018).

İnfertilite tedavi süreci durağan bir süreç değildir, farklı tedavi yöntemleri ve girişimsel işlemlerin uygulandığı bir süreçtir. Bu nedenle infertilite tedavi sürecinde infertiliteden etkilenme artmaktadır (Verhaak ve ark., 2007). Kadınların her aşamasında farklı duygulanımlar yaşadığı tedavinin başarıyla sonuçlanması için bu sürece uyum sağlaması ve oluşabilecek olumsuzluklarla baş etmesi gerekmektedir. Kadınların tedavi sürecine uyumları sağlandığında öz-yeterliklerinin

artacağı düşünülmektedir. Nitekim Durgun-Ozan ve Duman'ın kesitsel çalışmasında infertilite tedavi sürecindeki kadınların fertilitate uyumları arttıkça öz-yeterliklerinin de arttığı belirtilmiştir (Durgun-Ozan ve Duman, 2018).

Bilgiç ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınların fertilitate uyum düzeyleri, zayıf düzeyde olduğu bulunmuştur. İnfertilite birimlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin infertil çiftlerin yaşadıkları infertilite sorununa uyum düzeylerini mutlaka değerlendirmesi ve uyum sorunlarının olumsuz etkilerini göz ardı etmemeleri ve farkında olmaları gerektiğini savunmaktadır (Bilgiç ve ark., 2016).

Kuzey Hindistan'da üç ayrı klinikte yürütülen karşılaştırmalı kesitsel bir çalışmada infertiliteye uyumun kadınların kişilerarası (sosyal destek ve evlilik uyumu) ilişkilerinin maneviyat, cinsel tatmin ve ailevi destek ile daha iyi uyum olacağı ilişkilendirilmiş olup kişisel ve kişilerarası başa çıkma konusunda yardımcı kaynaklar olabileceği belirtilmiştir. (Mahajan ve ark,2009). Bir diğer çalışmada ise dindar kadınların, cinsel açıdan tatmin olmuş kadınların ve iyi aile desteği ve sosyal destek alan kadınların infertilite krizine daha iyi uyum sağladığı vurgulanmaktadır. (Cousineau ve ark, 2006).

Kadınların IVF'e uyumunu değerlendiren bir çalışmada başarısız yardımcı üreme teknikleri (YÜT) 'den 3-5 yıl sonra infertiliteye uyum düzeyi yüksek olan kadınların, yeni yaşam hedeflerine odaklanabildikleri ve duygusal durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Verhaak ve ark., 2007). Başarısız tedaviler sonrasında, ısrarla gebe kalmaya çalışmak yerine kendine yeni yaşam amacı belirleyen kadınların çocuksuz yaşama daha iyi uyum sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle, kadınların, tedavi başarısızlık ile sonuçlandığında yeni yaşam amacı oluşturma ve yaşamlarını yeniden şekillendirme konusunda desteklenmesi önerilmektedir (Verhaak ve ark., 2007). Başarısız tedavi sonrası çiftlerin uzun dönem psikososyal uyum problemlerine ilişkin değerlendirilmesinin yanı sıra, tanı ve tedavi sürecinde çiftlerin fertilitateye uyumun değerlendirilmesi başarısız tedavi sonrası yaşamlarına uyum düzeylerinin artırılmasına katkı verebilir.

2.3.İnfertil Çifte Fertilitate Uyum Açısından Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve bedensel imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir (Aydın ve Beji,2013). Bir yaşam krizi olarak tanımlanan

infertilite probleminde, bireylerin krizle baş edebilmesi için bireylere danışmanlık ve destek sağlanması gerekmektedir (Beji & Kaya,2012). İnfertilite birimlerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, embriyolog ve diğer) infertil bireylerin psikososyal bakım, eğitim ve danışmanlığını yapma sorumluluğu bulunmaktadır. Bireyin özgür ve bilinçli karar verebilmesi, emosyonel problemleri atatabilmesi, sosyal sorunlarıyla baş edebilmesi, kendi bakımına aktif katılabilmesi, uygulamaları doğru, eksiksiz yerine getirebilmesi için doğru ve tam bilgiye ulaşma hakkı ve gereksinimi vardır. Hemşire, infertil bireylerle en sık karşılaşan ve en fazla vakit geçiren sağlık personeli olduğu için eğitim ve danışmanlık adına son derece uygun pozisyonadadır (Güngör, 2012). Ayrıca bireyin hemşireyi, sorunlarını kolaylıkla paylaşabileceği bir sağlık personeli olarak görmesi nedeniyle hemşirenin infertilite kliniklerinde bireyin/çiftin stres düzeyini belirlemek ve gerektiğinde onları psikososyal destek almaya yönlendirmek ve yol gösterici olmak gibi görevleri de vardır (Karaca & Ünsal, 2012; Koca, 2017).

İnfertilite kliniklerinde başarı, ekibin tüm üyelerinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine bağlıdır (Aşçı & Beji, 2012). Çoğu ülkede infertilite kliniklerinde psikolojik destek ekibi de bulunmaktadır. Amerikan Fertilite Birliği' nin bu amaçla oluşturulmuş "Psikolojik Özel İlgi Grubu" vardır. Psikolojik desteğin yalnızca başlangıçta değil, tüm tedavi boyunca hatta sonrasında da devam etmesinin yararlı olduğu açıktır. Psikolojik destek ekibi, infertil çiftleri değerlendirme ve konsültasyon, psikodinamik tedaviler, gevşeme ve stresle başa çıkma, seksüel terapi, destek grupları, kognitif-davranışçı değerlendirme, yaşla başa çıkma, kriz çözümleri konularında hizmet vermektedir. Ülkemizde ise tedavi alan çiftlere profesyonel olarak psikolojik destek verilmesi henüz yaygın değildir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ancak kendi klinik görüşleri doğrultusunda gerek gördükçe vakaları psikiyatristlere ya da psikologlara yönlendirmektedirler. Oysa infertil gruba verilecek psikolojik destek uzmanlık gerektiren bir durumdur (Oğuz, 2004; Koca, 2017).

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

yola çıkararak infertil kadınlarla yaptıkları ilgili çalışmada, tedavi başlangıcında uygulanacak sözlü ve yazılı hasta bilgilendirilme yöntemlerinin çift açısından anlaşılabilirlik durumu karşılaştırılmıştır. Sözel olarak bilgilendirilen grupta katılımcıların yaklaşık %15'sinin tedavi protokolünde hata yaptığı saptanmış, buna karşılık yazılı olarak bilgilendirilen grupta etkinlik değerlendirme kriterlerinden hiçbirinde hataya rastlanmamıştır. İlk görüşmede sözel olarak bilgilendirilen grupta genel olarak tedaviye uyumla ilgili daha fazla endişe yaşandığı saptanmıştır. Uygulama hatalarını en aza indirmek, tedavi başarısını artırarak psikolojik ve maddi kayıpları dolaylı olarak engellemektedir. Hastaların anlayabileceği yazılı bilgilendirme ve tedavi protokolleri formlarının kullanılması hastanın hata yapma oranını ve bu konudaki gerginliğini azaltarak tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacaktır (Solmaz ve ark., 2015; Koca, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zamanı

Bu araştırma İstanbul ili Topkapı ilçesinde bulunan Koç Üniversitesi Hastanesi, Tüp Bebek Polikliniği'nde Aralık 2018- Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Koç Üniversitesi Hastanesi, 1600'den fazlası uluslararası hasta olmak üzere yaklaşık 6000 kişiye yatarak tedavi ve 65.000 kişiye ayakta tedavi hizmeti veren bir kurumdur.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Koç Üniversitesi Hastanesi, Tüp Bebek Polikliniği'ne başvuran aylık çift sayısı yaklaşık 50-100 arasındadır. Bu ön bilgi kullanılarak %95 güven aralığında, %5 hata payı ile hesaplanan örneklem büyüklüğü 209 olup, araştırmanın uygulaması 209 infertilite tedavisi alan çift ulaşılincaya kadar devam etmiştir. Bu çalışmada 210 infertil çift ulaşılmıştır. Katılımcıların 25'inin eşlerine ulaşamamıştır.

3.4.Çalışma materyali

Bu çalışmada çalışma materyalini 18 yaş ve üzerinde, okuma yazma bilen, primer infertilite tanısı nedeniyle tedavi alıyor olan, herhangi bir yardımcı üreme tekniklerden birisi ile tedavi alıyor olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü infertilite tedavisi alan kadınlar ve eşleri oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni fertilitate uyum düzeyi ve bağımsız değişkeni ise infertil çiftleri etkileyeceği düşünülen kadın ve eşine ait bazı sosyodemografik özelliklerdir.

3.6. Veri toplama araçları

Veriler araştırmacı tarafından kadın/erkek olarak ayrı hazırlanan Katılımcı Tanılama Formu ve Fertilitate Uyum Ölçeği ile toplanmıştır.

Katılımcı Tanılama Formu ; Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Her iki eş için ayrı ayrı geliştirilmiş olan bu form, kadın ve eşlerinin sosyo-

demografik özelliklerini ve infertilite tedavi sürecine ilişkin veriler toplanması amaçlanmıştır. Bu formda çiftin yaşı, doğum yeri, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, tedavi sürecindeki harcamaları ve tedavi sürecini kimlerle paylaştığı sorgulanmaktadır. İnfertilite tanı ve tedavi sürecine ilişkin ortak bölümde ise, evlilik süresi, aile yapısı, halen yaşanılan yer, infertilite süresi, infertilite nedeni, tedavi süresi, tedavi masraflarının nasıl karşılandığı gibi eşlerin infertilite ve tedavi sürecine ilişkin sorular yer almaktadır.

Fertilite Uyum Ölçeği; Glover ve arkadaşları tarafından, Fertility Adjustment Scale (Fertilite Uyum Ölçeği (FEYÖ)), infertiliteye psikolojik uyumun ölçümünü standardize etmek amacı ile, 1999 yılında geliştirilmiştir (Glover ve ark., 1999). Bu ölçek infertilite sürecinde kişilerin yaşamlarında çocuk sahibi olmaya sıkışıp kalma durumlarını veya kendi biyolojik çocuklarına sahip olamadıklarında çocuksuz bir yaşamı kabullenme düzeylerini değerlendirmektedir. FEYÖ uyumu; kognitif, davranışsal, emosyonel yönleri içeren heterojen bir kavram olarak ele alınmıştır. FEYÖ, tedavi sürecinin bireylerin psikososyal uyumlarına etkisini ve psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede yararlı bir araçtır. FEYÖ, dördümlü likert tipli, 1 (Bana hiç uymuyor) ile 4 (Bana tamamen uyuyor) arasında derecelendirmesi olan, 10 maddelik bir ölçektir. Minimum ölçek puanı 10, maksimum puan ise 40'tır. Toplam skor bireysel maddeler üzerinden skorlanarak elde edilir. Yüksek FEYÖ, yetersiz uyumu göstermektedir. Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayısı $\alpha.85$ olarak saptanmıştır. Arslan ve Okumuş (2016) Türkçe ölçeğin iki faktörlü bir yapıya sahip olduğunu, 'çocuk sahibi olmaya sıkışıp kalma' alt skalasının 0.80 ve 'çocuksuz bir hayatı kabul etme' alt skalasının 0.71, toplam Cronbach alfa kat sayısının 0.81 olduğunu bulunmuştur. Bu çalışmada Fertilite Uyum Ölçeğinin Cronbach alfa kat sayısı kadınlar için 0.65 erkekler için 0.68 olarak hesaplanmıştır.

3.7.Araştırmanın uygulanması

Bu çalışmada verilerin toplanması araştırmacı tarafından çiftler için kadın/erkek olarak ayrı hazırlanan Katılımcı Tanılama Formu ve Fertilite Uyum Ölçeği ile toplanmış olup yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Katılımcılar ile tüp bebek polikliniğinde bulunan görüşme odasında 15-20 dakikalık yüzyüze görüşmelerle toplanmıştır. Yine verilerin 12'si kadınlar tarafından katılımcı tanılama formu ve fertilite uyum ölçeği ile eşlerinden yüzyüze görüşmelerle toplanmıştır. Verilerin 25'i eşlere katılımcı tanılama formu ve fertilite uyum ölçeği zarf içinde isim yazılmadan verilmiş, geri dönüş olmamış ve ulaşılamamıştır. Verilerin 12'si ise eşlere katılımcı

tanılama formu ve fertilitte uyum ölçeği zarf içinde isim yazılmadan verilmiş olup eşleri tarafından sağlanmıştır, geri dönüş olmuştur.

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Bu araştırmada, Koç Üniversitesi Hastanesi, Tüp Bebek Polikliniği'ne başvuran 210 infertil çiftte ulaşılmıştır. Katılımcıların 25'inin eşlerine ulaşamamıştır.

Tanımlayıcı istatistikler; kesikli veriler için sayı, yüzde, sürekli veriler için ortalama \pm standart sapma olarak gösterilmiştir. Kesikli değişkenlerin istatistiksel karşılaştırılması için ki kare testi, sürekli değişkenlerin istatistiksel karşılaştırılması için anlamlılık testleri kullanılmıştır. Hangi testlerin kullanılacağına Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testleri ile karar verilmiştir. Verilerin dağılımının normal olduğu koşullarda, ikili karşılaştırmalarda Bağımsız Örneklem t testi, ikiden fazla ve grup karşılaştırmalarda ise Anova kullanılmıştır. Verilerin normal dağılmadığı durumlarda ise; ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla ve grup karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kadınların ve eşlerinin infertilite tedavi uyumları arasındaki ilişki korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde %95 güven aralığında $p < 0.05$ olması durumunda, veriler arasındaki farkın anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

Verilerin analizi SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 24.0 paket programı ile yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın genellenememesi ve yalnızca araştırma yapılan vakıf üniversite hastanesini yansıtması araştırmanın sınırlılığıdır.

3.10. Etik kurul onayı

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, Koç Üniversitesi Etik kurulu'ndan etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı Koç Üniversitesi Hastanesi'nden izin alınmıştır. Araştırmaya katılan infertil çiftlerden de yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde toplam 210 infertil çiftten elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular verilmiştir.

Tablo 1. 'de araştırmaya dahil edilen kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen infertil kadınların yaş ortalaması $34\pm 4,87$ olup %50'si üniversite eğitime sahiptir. İnfertil kadınların %54,8'i çalıştığını, %70,5'i gelirim normal olduğunu belirtmiştir. İnfertil kadınların %8,6'sı eşleri ile akraba olduğunu belirtmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınların eşlerinin yaş ortalaması da $37\pm 4,36$ olup %42,4 üniversite mezunu olup %86,7'si çalışmaktadır.

Tablo 1. Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Kadın		Eş	
	n (210)	%	n (185)	%
Yaş				
18-24	5	2,4	1	,5
25-34	100	47,6	55	26,2
35 ve üzeri	105	50,0	129	88,1
Eksik veri	-	-	25	11,9
X \pm SD (Min;Max)	34,62 \pm 4,87	(20-45)	37,06 \pm 4,36	(21-50)
Eğitim durumu				
Sadece okuryazar	6	2,9	-	-
İlkokul	17	8,1	11	5,2
Ortaokul	11	5,2	9	4,3
Lise	48	22,9	63	30,0
Üniversite	105	50,0	89	42,4
Yüksek lisans	23	11,0	13	6,2
Çalışma durumu				
Çalışıyor	115	54,8	182	86,7
Çalışmıyor	95	45,2	2	1,0
Aylık geliriniz				

Gelirim giderime göre az	46	21,9	37	17,6
Gelirim giderime göre normal	148	70,5	128	61,0
Gelirim giderime göre fazla	16	7,6	20	9,5
Eşin akrabalık durumu				
Var	18	8,6	18	8,6
Yok	192	91,4	192	91,4
Diğer evlilikten çocuk				
Var	7	3,3	8	3,8
Yok	203	96,7	177	84,3
Kronik hastalık				
Var	35	16,7	-	-
Yok	175	83,3	-	-

Tablo 2. Kadınların ve eşlerinin infertilite özellikleri

	Kadın	
	n (210)	%
Evlilik süresi		
X _± SD (Min; Max)	5,47±3,17	(1-18)
Çocuk isteme süresi (yıl)		
X _± SD (Min; Max)	4,27±2,61	(1-12)
İnfertilite nedeni		
Kadına ait	41	19,5
Erkeğe ait	31	14,8
Kadın ve erkeğe ait	68	32,4
Nedeni bilinmiyor	70	33,3
Gebelik durumu		
Var	62	29,5
Yok	148	70,5

Tablo 2’de infertil çiftlerin infertilite özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. İnfertil çiftlerin evlilik süresi ortalaması $5\pm 3,17$ olup çocuk isteme süresi ortalaması ise 42,61 olarak hesaplanmıştır. İnfertil çiftlerin infertilite nedenleri %19,5’i kadına ait, %14,8’i erkeğe ait, %32,4’ü kadın ve erkeğe ait ve %33,3’ü nedenin bilinmediğini belirtmiştir. Tabloda infertil kadınların %70,5’i hiç gebe kalmamış olup %29,5’i gebe kalmıştır.

Tablo 3. Kadınların infertilite tedavisi özellikleri

	Kadın	
	n (210)	%
Tedavi süresi (ay)		
X \pm SD (Min; Max)	39,56 \pm 27,60	(0-120)
Geçmişte alınan tedaviler		
IUI		
Evet	133	63,3
Hayır	77	36,7
Aşılama sayısı	134	63,8
Aşılama sonucu		
Gebelik olmadı	126	60,0
Gebelik oldu ama kimyasal	8	3,8
Hormon tedavisi		
Evet	97	46,2
Hayır	113	53,8
Hormon tedavisi sayısı	97	46,2
Hormon tedavisi sonucu		
Gebelik olmadı	85	40,5
Gebelik oldu ama kimyasal	9	4,3
Gebelik oldu ama düşük	3	1,4
IVF		
Evet	104	49,0
Hayır	106	50,0

IVF sayısı	104	49,5
IVF tedavisi sonucu		
Gebelik olmadı	74	35,2
Gebelik oldu ama kimyasal	17	8,1
Gebelik oldu ama düşük	13	6,2
Tedavi sırasında cerrahi girişimler		
Var	52	24,8
Yok	158	75,2
Şimdi alınan tedaviler		
IUI	16	7,6
Hormon tedavisi	10	4,8
IVF	184	87,6
Tedavi masrafları		
Kendi	59	28,1
Sosyal güvence	17	8,1
Kendi+sosyal güvence	134	63,8

Tablo 3. 'de araştırmaya dahil edilen kadınların infertilite tedavisi özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen infertil kadınların tedavi süresi ortalaması $39,56 \pm 27,60$ olup %63,3'ü geçmişte intrauterin inseminasyon tedavisi almış olup %61'inde gebelik olmamıştır. Yine infertil kadınların %46,2'si geçmişte hormon tedavisi alıp %40'ında gebelik olmamıştır. İnfertil kadınların %49'u geçmişte IVF tedavisi almış olup %35,2'sinde gebelik olmamış ve %75,2'sinde tedavi sırasında cerrahi girişimler geçirmediğini belirtmişlerdir. Aynı tabloda infertil kadınların %87,6'sı şuan IVF tedavisi almakta olup %63,8'i tedavi masraflarını kendi ve sosyal güvencesi tarafından sağladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Eşlerinin infertilite tedavisi özellikleri

	Eş	
	n (185)	%
Tedavi süresi (ay)		
X _± SD (Min; Max)	39,56±27,60	(0-120)
Tedavi alma durumu		
Evet	120	66,6
Hayır	65	33,4
Geçmişte alınan tedaviler		
Varikosel		
Evet	45	24,3
Hayır	140	66,7
TESA		
Evet	38	20,5
Hayır	147	79,5
TESE		
Evet	30	16,2
Hayır	155	83,8

Tablo 4. 'de araştırmaya dahil edilen eşlerin infertilite tedavisi özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen infertil eşlerin tedavi süresi ortalaması 39,56±27,60 olup %66,6'sı tedavi almış olduğunu belirtmişlerdir. İnfertil eşlerin geçmişte aldıkları tedaviler incelendiğinde %24,3'ü varikosel tedavisi, %20,5'i TESA ve %16,2'si TESE tedavisi almıştır.

Tablo 5. Kadınların ve eşlerinin infertilite tedavisine devam etme düşünceleri ve nedenine ilişkin görüşleri

	Kadın		Eş	
	n (210)	%	n (185)	%
Tedaviye devam etme durumu				
Evet	68	32,4	55	26,2
Hayır	142	67,6	130	61,9
Tedavi kararını etkileyen faktörler				
Başarısız tedaviler ile baş edememe				
Evet	27	12,9	10	4,8
Hayır	183	87,1	175	83,3
Psikolojik yorgunluk				
Evet	43	20,5	26	12,4
Hayır	167	79,5	159	75,7
Tıbbi öneriler				
Evet	3	1,4	1	,5
Hayır	207	98,6	184	87,6
Fiziksel tükenmişlik				
Evet	19	9,0	11	5,2
Hayır	191	91,0	174	82,9
Eşin fiziksel tükenmişliği				
Evet	10	4,8	18	8,6
Hayır	200	95,2	167	79,5
Eşin tedaviyi bırakmak istemesi				
Evet	14	6,7	-	-
Hayır	196	93,3	-	-
Maddi kaygılar				
Evet	46	21,9	29	13,8
Hayır	164	78,1	156	74,3
Diğer nedenler				

Kurumsal yetersizlikler, eksiklikler, psikolojik desteğin verilmemesi	7	3,3	-	-
Tedaviyi paylaşma durumu				
Sadece eş ve kendi	45	21,4	29	13,8
Aile üyeleri	168	80,0	151	71,9
Yakın arkadaşlar	95	45,2	93	44,3
Komşu	16	7,6	11	5,2

Tablo 5’ de kadınların ve eşlerinin infertilite tedavisine devam etme düşünceleri ve nedenlerine ilişkin görüşleri verilmiştir. İnfertil kadınların %32,4’ü tedaviye devam edeceğini %67,6’sı tedaviye devam edemeyeceklerini belirtmişlerdir. Eşlerin ise %26,2’si tedaviye devam edeceğini %61,9’unun tedaviye devam edemeyeceklerini belirtmişlerdir. İnfertil kadınların tedavi kararını etkileyen faktörler olarak; %12,9’u başarısız tedavilerle baş edemediğini, %20,5’i psikolojik yorgunluğunu, %1,4’ü tıbbi öneriler nedeniyle, %9’u fiziksel tükenmişliğini, %4,8’i eşin fiziksel tükenmişliğini, %6,7’si eşin tedaviyi bırakmak istediğini, %21,9’unun maddi kaygılarının olduğunu ve %3,3’ü ise kurumsal yetersizlikler/eksiklikler, kurumun/merkezin psikolojik destek vermemesi olarak belirtmiştir. Tablo’da infertil kadınların tedavilerini %21,4’ü sadece eşinin ve kendisinin bildiğini, %80,0’ı aile üyeleri ile paylaştığını, %45,2’sinin yakın arkadaşlarının bildiği ve %7,6’sının komşularının da bildiğini belirtmiştir. Ayrıca eşlerinin tedavi kararını etkileyen faktörlere baktığında %4,8’i başarısız tedavilerle baş edemediğini, %12,4’ü psikolojik yorgunluğunu, %0,5’i tıbbi öneriler nedeniyle, %5,2’si fiziksel tükenmişliğini, %8,6’sı eşin fiziksel tükenmişliğini ve %13,8’i maddi kaygılarının olduğunu belirtmiş olup %71,9’u tedavi sürecini aile üyeleriyle paylaştığını bildirmişlerdir.

Tablo 6. Kadınların ve eşlerinin infertilite uyum düzeylerinin karşılaştırılması

	Kadın	Eş
	Ort ± SS (min ; max)	Ort ± SS (min ; max)
İnfertilite uyum ölçeği toplam puanı	23,34 ±4,89 (10;33)	20,57±4,66 (10;33)

Tablo 6. da kadın ve eşlerinin infertilite uyumlarının karşılaştırılmasına bakılmıştır. Tabloda kadınların infertilite uyum ölçeği toplam puanı ortalaması 23,34 ±4,89 olup eşlerinin ise 20,57±4,66 bulunmuştur.

Tablo 7. Kadın ve eşlerinin fertilitate uyum düzeyleri arasındaki ilişki

n=183	r	p
İnfertilite uyum ölçeği toplam puanı	.079	.288

Tablo 7. de kadın ve eşin fertilitate uyum arasındaki ilişkiye bakılmış olup fertilitate uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki söz konusudur.

Tablo 8. de kadınların fertilitate uyumu ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri ve eşi ile akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Diğer evlilikten çocuk durumuna göre fertilitate uyumu değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p=0,000$).

Tablo 8. Kadınların fertiliteye uyumu ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Ort ± SS	F*/Z**	p
Yaş			
18-24	24,8±2,38		
25-34	23,8±4,66	1,29	,277*
35 ve üzeri	22,8±5,15		
Eğitim durumu			
Sadece okuryazar	20,1±7,52		
İlkokul	25,1±4,67		
Ortaokul	23,1±3,02	1,139	,341*
Lise	23,2±4,31		
Üniversite	23,4±5,07		
Lisansüstü	22,3±4,89		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	23,42 ±4,42		
Çalışmıyor	23,23± 4,89	-,197	,844**
Aylık geliriniz			
Gelirim giderime göre az	22,08±4,57		
Gelirim giderime göre normal	23,80±4,82	2,304	,102*
Gelirim giderime göre fazla	22,75±5,96		
Eşin akrabalık durumu			
	n (208)		
Var	24,88±3,98		
Yok	23,19±4,95	-1,492	,136**
Diğer evlilikten çocuk			
	n (208)		
Var	15,42±4,11		
Yok	23,61±4,68	-3,639	,000**
*Anova, ** Mann whitney U test			

Tablo 9. Eşlerin fertiliteye uyumunu etkileyen bazı faktörler ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Ort ± SS	F*/Z**	p
Özellikler			
Yaş			
18-24	25,00±0,00		
25-34	21,49±3,62	2,079	0,128*
35 ve üzeri	20,14±5,00		
Eğitim durumu			
İlkokul	19,27±4,62		
Ortaokul	23,44±3,50		
Lise	20,77±4,82	1,238	0,299*
Üniversite	20,24±4,85		
Yüksek lisans	20,92±2,36		
Çalışma durumu			
Çalışıyor	92,50±16835,00	0,000	1,000**
Çalışmıyor	92,50±185		
Aylık geliriniz			
Gelirim giderime göre az	20,75±4,71	0,039	0,962*
Gelirim giderime göre normal	20,53±4,75		
Gelirim giderime göre fazla	20,45±4,14		
Eşin akrabalık durumu			
	n (185)		
Var	21,50±5,44	-0,749	0,454**
Yok	20,47±4,57		
Diğer evlilikten çocuk			
	n (185)		
Var	16,37±5,09	-2,048	0,041**
Yok	20,76±4,56		
* Anova, ** Mann whitney U test			

Tablo 9. da eşlerin fertilitate uyumu ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Eşlerin fertilitate uyum düzeyleri ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri,

eşi ile akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Diğer evlilikten çocuk durumuna göre fertilitate uyumu değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p=0,041).

Tablo 10. Kadınların Fertilitate Uyum Düzeyleri ile İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		n (210)	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Kadına ait	41	102,18	7,590	0,035*
	Erkeğe ait	31	78,95		
	Kadın ve erkeğe ait	68	80,20		
	Nedeni bilinmiyor	70	92,28		
IUI (Önceki Tedavisi)	Evet	114	95,09	-0,316	0,399**
	Hayır	70	88,29		
Hormon Tedavisi (Önceki Tedavisi)	Evet	85	102,60	-2,391	0,017**
	Hayır	99	83,83		
IVF (Önceki Tedavisi)	Evet	91	94,29	-0,582	0,560**
	Hayır	92	89,74		
Mevcut Tedavi	IUI	13	82,08	3,028	0,220*
	Hormon tedavisi – Over stimülasyonu	9	66,11		
	IVF	162	94,80		
Tedavi Masrafları	Kendimiz	48	85,57	4,639	0,098*
	Sosyal güvence	14	69,68		
	Kendim + sosyal güvence	122	97,84		

*Kruskall-wallis testi. ** Mann-whitney U testi

Kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile infertilite tedavisine ilişkin bazı sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; intrauterin inseminasyon, IVF, mevcut tedavi ve tedavi masrafları açısından fertilitate uyum düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Önceki tedavisinde hormon tedavisi alanların tedaviye uyumlarının, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,017). Ayrıca infertilite nedenine göre fertilitate uyum düzeyi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,035).

Tablo 11. İleri Analiz Amacıyla İnfertilite Nedenine Göre Kadınların Fertilitte Uyum Düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

		n (210)	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Erkeğe ait	31	78,95	2,280	0.003
	Kadın ve erkeğe ait	68	80,20		

Gruplar arası fark incelendiğinde, infertilite nedeni erkeğe ait olma durumunda uyum düzeyi “kadına ve erkeğe ait” olmaya (p=0,003) göre düşük bulunmuştur.

Tablo 12. Eşlerin Fertilitte Uyum Düzeyleri ile İnfertilite ve Tedavisine İlişkin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		n (185)	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Kadına ait	34	125,37	19,320	0,000*
	Erkeğe ait	31	94,52		
	Kadın ve erkeğe ait	59	91,91		
	Nedeni bilinmiyor	61	75,25		
Eş Önceki Tedavi	Evet	120	92,17	-0,287	0,774**
	Hayır	65	94,53		
Varikosel Tedavisi (Önceki Tedavisi)	Evet	44	90,64	-0,267	0,789**
	Hayır	140	93,09		
TESA (Önceki Tedavisi)	Evet	37	96,05	-0,456	0,649**
	Hayır	147	91,61		
TESE (Önceki Tedavisi)	Evet	29	93,52	-0,112	0,910**
	Hayır	155	92,31		
Tedavi Masrafları	Kendimiz	48	93,31	-0,081	0,960*
	Sosyal güvence	14	96,68		
	Kendim + sosyal güvence	123	92,46		

*Kruskall-wallis testi. ** Mann-whitney U testi

Eşlerin fertilitte uyum düzeyleri ile infertilite tedavisine ilişkin bazı sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; eş önceki tedavi alıp almama, önceki varikosel tedavisi, TESA,

TESE ve tedavi masrafları açısından fertilitte uyum düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. İleri Analiz Amacıyla İnfertilite Nedenine Göre Eşlerin Fertilitte Uyum Düzeylerinin Mann-Whitney U Testi ile Değerlendirilmesi

		n	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Kadına ait	34	37,50	-2,021	0.043
	Erkeğe ait	31	28,06		
		n	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Kadına ait	34	58,91	-3,252	0.001
	Kadın ve erkeğe ait	59	40,14		
		n (210)	Sıra Ort.	z	p
İnfertilite Nedeni	Kadına ait	34	63,96	-4,226	0,000
	Nedeni bilinmiyor	61	39,11		

İnfertilite nedene göre uyum puanı değerlendirildiğinde; gruplar arasında tedaviye uyum düzeyleri açısından, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur ($p=0,000$). Hangi gruplar arasında anlamlı sonuçlar olduğunu belirlemek amacıyla tek tek Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İnfertilite nedeni kadın olduğunda tedaviye uyum düzeylerinin diğer tüm nedenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma infertilite tedavisi alan çiftlerin fertiliteye uyumunu ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı/kesitsel tipte bir çalışma olarak yürütülmüştür. Bu bölümde, araştırmaya dahil edilen 210 infertil çiftten elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmaya dahil edilen infertil kadınların tedavi süresi ortalaması 39,56 aydır ve yaklaşık yarısı daha önce ovulasyon indüksiyonu ve IVF tedavisi almış ve üçte birinden fazlası da tedavi sonucu hiç gebe kalmamıştır. Keskin ve Gümüş (2014) tarafından yapılan benzer bir çalışmada tedavi gören kadınların yaklaşık %63,8'inin üç yıldan daha uzun süredir tedavi gördüğü belirtilmiştir. Ataman'ın (2007) çalışmasında; infertilite tedavisi görmüş bireylerde kullanılan yöntemlerin başında %38 oranıyla ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon olduğu ve mevcut gebeliklerinde kullanılan YÜT'nin başında da %60 oranıyla ICSI yönteminin olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan kadınlarından üç yıldan daha uzun süredir tedavi alıyor olması, bu kadınların ve eşlerin kendi biyolojik çocuğuna sahip olabilmek için mevcut tedavi olanaklarını kullandıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada infertil kadınların %32,4'ü tedaviye devam edemeyeceğini belirtmişlerdir. Bu oran eşlerde ise %26,2 dir. İnfertil kadınların tedavi kararını etkileyen faktörler; en yüksek oranda %21,9'unun maddi kaygılarının olduğunu, %20,5'i psikolojik yorgunluğu, ve %12,9'unun başarısız tedavilerle baş edememe olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin tedavi kararını etkileyen faktörler; en yüksek oranda %12,4'ü psikolojik yorgunluğunu, %13,8'i maddi kaygılarının olduğunu ve %8,6'sı eşin fiziksel tükenmişliğinin olduğu belirtmiştir. Bu bulgular kadınlar ve eşleri için tedaviye devam etme kararında maddi kaygıların ve psikolojik yorgunluğun öncelikli neden olduğunu göstermektedir. Akyüz (2001) tarafından yapılan araştırmada, çalışmamızla benzer şekilde tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında, maddi giderlerinin yüksek olması nedeniyle, çiftlerin yeni bir tedaviye başlama düşüncesinin kendilerini olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir. Başka bir çalışmada ise kadınların başarısız tedaviler sonrası kendilerini yıpranmış, yorgun ve tükenmiş hissettikleri tespit edilmiştir. (Daniluk, 1997). Rajkhowa ve ark. (2006) ise tekrarlayan başarısız tedavi süreçlerinin tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli neden olduğunu ifade etmiştir. Tashbulatova'nın (2007) yaptığı araştırmada infertilite grubunun önemli bir oranının gelir düzeyinin düşük olduğu göz önüne alındığında, maddi faktörün önemli bir etken olmasının

beklenen bir durum olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, başka bir çalışmada kadınların tedavi süresince yoğun psikolojik etkiler yaşadıklarını ve bu olumsuz etkilerden kurtulmak için tedaviyi bıraktıklarını ifade edilmiştir (Peddie ve ark., 2005).

Araştırmaya katılan infertil kadınların %21,4'ü infertilite tedavisi aldığını sadece eşinin ve kendisinin bildiğini, %80,0'ı aile üyeleri ile paylaştığını, %45,2'sinin yakın arkadaşlarının bildiğini belirtmiştir. Tedavi süreçlerinde yaşanan maddi ve manevi sıkıntıların yakın aile üyeleri veya arkadaşlar ile paylaşılması uyum açısından oldukça önemlidir. Akyüz ve Asan (2001) çalışmasında, IVF-ET tedavisine devam eden çiftlerin en büyük desteği eşlerinden aldıklarını belirtmiştir. Bu nedenle infertilitenin ve infertilite tedavisi almaya yönelik toplumsal bakı açısı ve stigmatın ortadan kaldırılmasına yönelik tüm girişimlerin eşlerin tedavi süreçleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların fertiliteye uyum düzeyi 23.34 ± 4.89 (Min-Max; 10-40) olarak bulunmuştur. Bu puan kadınların infertilite sürecinde yaşamlarını çocuk sahibi olmaya adanmış durumları veya kendi biyolojik çocuklarına sahip olamadıklarında çocuksuz bir yaşamı kabullenme düzeylerini göstermektedir. Bu çalışmada kadınların infertiliteye psikolojik uyumunun orta düzeyde olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada infertil kadınların uyum düzeylerinin düşük olduğu ve üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin infertil çiftlerin yaşadıkları infertilite sorununa uyum düzeylerini mutlaka değerlendirmesi ve uyum sorunlarının olumsuz etkilerini göz ardı etmemeleri ve farkında olmaları gerekliliği vurgulanmıştır (Bilgiç ve ark., 2016). Tedaviye uyum kognitif, davranışsal, emosyonel yönleri içeren heterojen bir kavram olarak ele alınmıştır. Çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı Arslan-Özkan ve ark. (2014) yaptığı çalışmada kadınların infertilite tedavi sürecindeki infertilite uyum puan ortalamaları 25.4 olarak bulunmuştur. Bilgiç ve ark. (2011) çalışmasında ise, uyum puan ortalamalarını 31,27 (en düşük puan: 13 - en yüksek puan: 56) olarak tespit etmiştir. Ayrıca kadınların %55,3'ünün fertilitate uyum ölçeği toplam puan ortalamasının üstünde puan aldığı saptanmıştır. Bu bulgular kadınların infertiliteye uyum düzeylerini orta düzeyde olduğu, ancak tedavi sürecinde planlanacak psikolojik destek ve değerlendirmeler ile geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Moura-Ramos ve ark. (2016), uzun yıllar başarısız tedavi girişimlerine maruz kalan çiftlerde, psikolojik etkilenmeler giderek artabildiğini belirtmektedir. İnfertilite tedavi sürecine girerken duygusal zorluklar yaşayan çiftlere yönelik psikososyal müdahaleler ile birlikte, önceki başarısız infertilite

tedavi öykülerinin dikkate alınması gerekliliği ve tüm tedavi olasılıklarının, tedaviye yönelik beklentilerinin konuşularak ve olası sonuçların tartışılması gerekmektedir. Bu süreçte, ebeveynliğin önemi ve ebeveyn olmaya verilen önemi şekillendiren kültürel, sosyal ve dini farklılıklar ile birlikte ele alınarak ebeveynlik ve çocuksuzluğun anlamlarının çiftlerle tartışılması ve infertiliteye uyumu etkilediği bilinen bu sosyokültürel farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir (Jordan & Revenson, 1999).

Bu çalışmada eşler arasında infertilite uyum ölçeği toplam puanı ortalaması arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu eşlerin fertilitate uyumlarının birbirinden bağımsız olduğunu göstermektedir. Asan (2001) çalışmasında ise, fertilitate uyum puan ortalamalarını 31,27 olarak tespit etmiş. Kadınların %55,3'ünün ortalamanın üstünde ve erkeklerden daha yüksek uyum düzeyine sahip olduğunu belirlemiştir. Bilgiç ve ark. (2011), kadınların erkeklerden yüksek tedavi uyumuna sahip olduğunu belirlemiştir. Uyum açısından kadınların daha ileri düzeyde olduğu görülse de stres ve psikolojik faktörlere daha fazla maruz kaldığı literatürde ifade edilmektedir (Klonoff-Cohen, 2005; Upkong ve Orjii, 2006). Peterson ve ark. (2006) çalışmasında kadınların infertiliteyi yaşamlarının en stresli olayı olarak tanımladıklarını, bu nedenle tedavi negatif sonuçlandığında erkeklere göre daha yüksek düzeylerde olumsuz duygular yaşadıklarını belirlemiştir. Eşlerin bireysel olarak yaşadıkları sorunlar tedavi sürecini ve tedavi sürecine uyumlarını etkileyebildiği gibi (Ramos, 2011), fertilitate uyum zorluklarına sebep olabilmektedir. Bu bulgular, her ne kadar yaşanılan sosyo kültürel çevre, tanı ve tedavi sürecini birlikte yaşıyor olmak kadın ve erkeğin psikolojik olarak uyumlarını etkilesede, fertilitate uyum düzeyleri arasında eşler arasında bir benzerlik olmadığını göstermektedir. Bu kadın ve erkeğin farklı etkilendiği ve farklı süreçler yaşadığını, psikolojik uyumlarının birbirinden bağımsız olabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada eşlerin fertilitate uyum düzeyi $20,57 \pm 4,66$ olarak hesaplanmıştır. Fertilitate uyumu erkekler açısından incelendiğinde; tedavilerde erkeklerin uyumsuzluğu ile birlikte psikolojik belirtilerin anlamlı şekilde arttığı ortaya konulmaktadır. Anksiyete, depresyon, eş iletişimde zorluklar ve eşden kaçınma gibi davranışlar tanımlanmıştır (Martins ve ark, 2016). Erkeklerin fertilitate tedavisine uyum sağlamaları için risk oluşturabilecek faktörler bu açıdan önemli bir role sahiptir. Bu nedenle, sadece kadınlar için değil erkekler için danışmanlık, başa çıkma becerileri eğitimi ile ilgili müdahaleleri içermeli ve infertilite mücadelesiyle başa çıkmak için iletişim stratejileri geliştirilmelidir (Martins ve ark, 2016).

Hem kadınlarda hem de eşlerinde, diğer evliliğinden çocuğu olmayanların fertilitite uyumlarının, olanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu hiç çocuğu olmayan kadın ve erkeklerin; gelecek planı yapamama, çocuk sahibi olmaya odaklanma, çocuksuz yaşama uyum zorlukları yaşama, normal yaşam aktivitelerini sürdürme gibi, fertilititeye uyum yapamama açısından risk altında olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada eşlerin fertilititeye uyum düzeyleri ile infertilite nedenleri arasında anlamlı bir fark vardır. Bu özellikle kadına ait infertilite nedeniyle tedavi alan erkeklerde, nedeni bilinmeyen infertilite nedeniyle tedavi alanlara göre fertilititeye uyumun daha kötü olduğunu; ayrıca kadına ait infertilite nedeniyle tedavi alan erkeklerde, kadın ve erkeğe ait nedenlerden dolayı tedavi alanlara göre fertilititeye uyumun daha kötü olduğunu göstermektedir. Kadına ait nedenler ile tedavi alan erkeklerde, fertilititeye uyum bozulmakta ve daha fazla çocuk sahibi olma, çocuksuz bir hayat düşünememe, normal yaşam aktivitelerini çocuk üzerine odaklama gibi davranışların yaşandığını göstermektedir. Koçyiğit (2012) çalışmasında; sosyal baskıyı her iki cinsiyetin de yaşadığını ancak toplumun erkek kaynaklı infertiliteyi kamufle etme görevini kadınlara vermesi sonucu asıl yükü kadınların taşıdığını belirtilmektedir. Bu çalışma bulgusu da erkeklerin, özellikle infertilite nedeni kadına ait olduğunda fertilititeye uyum da yetersizlik yaşama ihtimalinin yüksek olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada, kadınlar ve eşlerin fertilitite uyum düzeyi ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri, eşi ile akrabalık durumu gibi bazı sosyo demografik özelliklerden etkilenmediği belirlenmiştir. Literatürde çalışmamızın aksine sosyodemografik verilere göre tedaviye uyum düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Lau ve ark. (2006) ile Stanford ve ark. (2008) araştırmalarında infertilite sorunu yaşayan kadınların yaş, evlilik süresi ve çocuk sahibi olmayı isteme süresi arttıkça infertiliteden etkilenme düzeylerinin de arttığı ve tedaviye uyum düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Upkong ve Orji'nin çalışmasında da infertil kadınlarda yaş ve infertilite süresi ilerledikçe ruh sağlığı bozulma riskinin de arttığı ifade edilmektedir. Ayrıca Asan (2001) çalışmasında çalışan kadınların tedaviye uyumlarının çalışmayanlara göre daha düşük olduğu belirtmiştir. Özkan ve Baysal (2006) ise araştırmasında ilkökul mezunu olan kadınların infertiliteden lise ve üniversite mezunu olan kadınlara göre daha fazla etkilendiği ve eğitim düzeyi arttıkça tedaviye uyum düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Gelir düzeyi açısından ise, Ünal ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada, düşük gelirli kadınların

fertiliteden etkilenme düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu durumda iyi eğitim almış olmanın ve çalışıyor olmanın, infertilite ile baş etmeyi kolaylaştırıcı ve kadının tedaviye uyumu açısından destekleyici olduğu söylenebilir. Literatürdeki farklı ülkelerde yapılan çalışmalar ve ülkemizde elde edilen bulgular açısından söz konusu farklılıkların kültürel nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde elde edilen sonuçları ve bu sonuçları yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Araştırma kapsamına alınan infertilite tedavisi alan kadınların fertiliteye uyumları 23.34 ± 4.89 olarak belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile hormon tedavisi alma ve diğer evlilikten çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların fertilitate uyum düzeyleri ile yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, eş akrabalık durumu, kronik hastalık, infertilite nedeni, intrauterin inseminasyon, IVF, mevcut tedavi ve tedavi masraflarının karşılanması gibi faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların eşlerinin fertilitate uyumları $20,57 \pm 4,66$ bulunmuştur.

İnfertilite tedavisi alan kadınların eşlerinin fertilitate uyum düzeyleri ile diğer evlilikten çocuk sahibi olma ve infertilite nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların eşlerinin fertilitate uyum düzeyleri ile yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık geliri, eş akrabalık durumu, kronik hastalık, varikozel tedavisi, TESA, TESE, tedavi masraflarının karşılanması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan infertilite tedavisi alan kadınların ve eşlerinin fertilitate uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

1. Hiç çocuğu olmayan ve kadına ait nedenlerle tedavi alan infertil çiftlerde, özellikle erkeklerin infertilite uyumları da kötü olabileceğinden, bu gruna yönelik infertilite tanı ve

tedavi sürecinde psikolojik müdahale ve destek hizmetlerini sunulması ve bu risk grubunun mutlaka değerlendirmelere dahil edilmesi,

2. Kadın ve erkeğin infertiliteye uyumları birbirinden bağımsız olabileceğinden, çiftlerin ayrı ayrı uyum düzeylerinin değerlendirilerek, çiftlerin bu süreçte infertiliteye uyumlarını ve başarılı veya başarısız tedavi sonucu ile baş etmelerini destekleyici müdahalelerin planlanması,
3. İnfertilite tedavisi alan çiftler ile çalışan hemşire ve sağlık personelinin, çiftlerin uyumunu arttıracak ve başarısız tedavi sonucu sonrası yeniden yaşam amacı oluşturma ve başa çıkma sürecinde; çiftler çocuksuzlukla yüzleşmekte, yaşam hedeflerini ve gelecek beklentilerini yeniden gözden geçirebilmelerini destekleyici müdahaleler planlamaları konusunda güçlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017). Treating Infertility. <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Treating-Infertility#treatment>.
2. Bodur, N. E., Coşar, B., & Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 38(1):51-62.
3. Zeren, F. (2016). İnfertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 448712).
4. Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1):83–89. doi:10.1093/humrep/det403.
5. Martins, M. V., Basto-Pereira, M., Pedro, J., Peterson, B., Almeida, V., Schmidt, L., & Costa, M. E. (2016). Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4):466–478. doi:10.1093/humupd/dmw009.
6. Eğin, A. E. (2016). İnfertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişki. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik programı. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 458449).
7. Akyüz, A., Gürhan, N., & Bakır, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 7(6): 469-76.
8. Ünal, S., Kargın, M., & Akyüz, A. (2008). İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 9(5): 481-486.
9. Aşçı, Ö., & Kızılkaya Beji, N. (2012). İnfertilite danışmanlığı. Derleme yazısı. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*; 20(2): 154-159. ISSN 1304-4869.
10. Karaca, A., & Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;3(2):80-85.
11. Şirin, A., & Kavlak, O. (2016). Kadın sağlığı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
12. Onat Bayram, G., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 165 (243–248). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033>.

13. Sezgin, H., & Hocoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 6(2):165-184. doi: 10.5455/cap.20131001091415.
14. Aydın, S., & Kızılkaya Beji, N. (2013). İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;10(2):8-13.
15. Kırca, N., & Pasinlioğlu, N. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 5(2):162-178. doi:10.5455/cap.20130511.
16. Awtani, M., Mathur, K., Shah, S., & Banker, M. (2017). Infertility stress in couples undergoing intrauterine insemination and in vitro fertilization treatments. *Journal of Human Reproduction Sciences*;10(3):221-5. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_39_17
17. Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., & Chaves, C. (2015). Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 171 (96 – 103). doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.094.
18. Gameiro, S., Verhaak, C.M., Kremer, J.A.M., & Boivin, J. (2013). Why we should talk about compliance with assisted reproductive technologies (ART): a systematic review and meta-analysis of ART compliance rates. *Human Reproduction Update*; 19(2),124–135. doi:10.1093/humupd/dms045.
19. Boivin, J., Domar, A., Shapiro, D. Wischmann, T., Fauser, B., & Verhaak C. (2012). Tackling burden in ART: An integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*; 0:1-10.
20. Ramos, M. C. B. M. (2011). Psychosocial adaptation of Portuguese couples to infertility and to medically assisted reproduction. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
21. Bilgiç, D., Aydın Özkan, S., & Kızılkaya Beji, N. (2016). Bireylerin İnfertilite Sorununa Yönelik Uyum Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetrics Womens Health Diseases Nursing*;2(3):51-61.
22. Durgun-Ozan, Y., & Duman, M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilité Uyumluları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* ; 15(2), 43-46.
23. Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Nahuis, M.J., Kremer, J.A.M., & Braat, D.D.M. (2007). Long term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*; 22(1):305–308.
24. Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Kupka, M. S., de Mouzon, J., Erb, K., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Wyns, C., & Goossens, V. (2017). Assisted reproductive technology in Europe,

- 2013: The European IVF-monitoring Consortium (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 32(10):1957–1973. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex264>.
25. Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, P. O., Sogn, J., & Hellström, A.L. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*;89(5):68391. doi:10.3109/00016341003657892.
 26. Volgsten, H., Svanberg, A. S., Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 89(10):1290-7. doi: 10.3109/00016349.2010.512063.
 27. Moura-Ramos, M., Gamerio, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*, 21; 302-317. Doi:10.1111/bjhb.12169.
 28. Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M., & Abel, D. P. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *American Society for Reproductive Medicine*;72(4),623-628.
 29. Nishioka, H. (2003). Low fertility and family policies in Southern European countries. *Journal of Population and Social Security*, 1(Suppl), 262–294.
 30. Aboim, S. (2007). Clivagens e continuidades de genero face a familia em Portugal e noutros paises Europeus [Gender cleavages and continuities toward the family in Portugal and other European countries]. In K. Wall & L. Amancio (Eds.), *Família e genero em Portugal e na Europa* [Family and gender in Portugal and Europe] (pp. 35–91). Lisbon, Portugal: Imprensa das Ciencias Sociais.
 31. Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*;22,341–358. doi:10.1023/A:1018774019232.
 32. Zegers-Hochschild F., Adamson, G. D., Mouson, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*;24(11);2683–2687. doi:10.1093/humrep/dep343.
 33. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health [NCC-WCH], 2004. *Fertility Assessment and Treatment for People with Fertility Problems*. NICE Clinical Guidelines, 11. London (UK)

34. Tural, G. N. (2017). Primer infertil kadınların algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 480979)
35. Durgun-Ozan, Y. (2013). Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 342044)
36. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). Infertility Workup for the Women's Health Specialist;133(6),373-384.
37. Noorbala, A. A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., & Naghizadeh, M.M. (2009). Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*;44(7);587-591.
38. Makar, R. S., & Toth, T. L. (2002). The evaluation of Infertility. *Pathology Patterns Reviews*;117(95-103).
39. Jose-Miller, A.B., Boyden, J.W., & Frey, K.A. (2007). Infertility. *American Family Physician*;75(6);849- 856.
40. Gökler, M.E., Ünsal, A., & Arslantaş, D. (2014). The Prevalence of Infertility and Loneliness among Women Aged 18-49 Years Who Are Living in Semi-Rural Areas in Western Turkey. *International Journal of Fertility and Sterility*; 8(2): 155-162.
41. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA, Ankara, 2013.
42. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Endtitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2009.
43. Kaba, F. (2018). İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınlarda Cinsel İşlev Durumu Ve Çift Uyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 509680)
44. Kuohung, W.& Hornstein, M.D. (2019). Evaluation of female infertility. UpToDate, <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility>. Erişim tarihi:19.5.2019.
45. Oğuz, H.D. (2004). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. (Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

46. Yaylagülü, N. (2017). İnfertilite Tanısı Konmuş Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 491910)
47. Beck, W.W. (1998). NMS İnfertil Çift. In: Asena U. Obstetrics and Gynecology. Williams & Wilkins Company, 4.th Edition, Philadelphia, 359-368.
48. Hacettepe University Faculty of Health Sciences (2005). Beden Kütle İndeksinin İnfertilite Üzerine Etkisi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal,1;Suppl.
49. Wu, M.H., Shoji, Y., Chuang, P.C., & Tsai, S.J. (2007). Endometriosis: Disaase Pathophysiology and Role of Prostaglandins?. Expert Rev Mol Med;9(2):1-20.
50. Arslan-Özkan, İ. (2012). Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınların, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İzmir.
51. Karabacak, O., & Günaydın, G. (2007). Oosit donasyonu ve başarıyı etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci;3(13):72-76.
52. Beckmann, C.R.B. (2014). Obstetrics and Gynecology. The American College of Obstetricans and Gynecologists, 8. Edition. p.371-391.
53. Coşkun, A. M. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
54. Koca, N. (2017). İnfertilitenin bireyin yaşam kalitesine ve benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 468700).
55. Atasü, T., & Şahmay, S. (2001). Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
56. Hoffman, B. L., Schorge, J.O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Bradshaw, K.D., & Cunningham, F.G. (Eds). (2015). Williams Jinekoloji. Yıldırım, G. (Çev. Ed.). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
57. Mutlu, M. F., Baştu, E., & Öktem, M. (2013). Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış. Medical Journal, 24:29-32.
58. Hacker, N.F., Moore, J.G., & Gambone, J.C. (2009). Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri (C. Üstün ve İ. Koçak, Çev.). Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

59. Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik. İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 388423).
60. Homan, G. F., Davis, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproductive Update*;13(3):209-23.
61. Kelly-Weeder, S., & O'Connor, A. (2006). Modifiable Risk Factors for Impaired Fertility in Women: What Nurse Practitioners Need to Know, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*;18:268-76.
62. Kavlak O, (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık. Ekim/İstanbul.
63. Klonoff-Cohen, H. (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: What is known and unknown. *Human Reproduction Update*;11, 180-204.
64. Resolve: The National Infertility Association. The Impact Of Environment Factors, Body Weight & Exercise On Fertility <http://familybuilding.resolve.org/site/DocServer/EnvironmentalFactors.pdf?docID=261> İnternet erişimi: 24.1.2019.
65. İsen, M., Özek, B., Özmen, Ş., & Tüzer, T. (2005). Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar. Ed. İsen M, Özek B, Özmen Ş, Tüzer T. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, 4. Basım, Ankara, pp:239-305.
66. Kılınç, R. A. (2007). Çukurova Üniversitesine Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Adana. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 195276).
67. Yıldız-Eryılmaz, H., Ekşi, Z., Günüşen-Ertuğrul, E. (2009). İnfertilite Tanı Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. In İnfertilite Hemşireliği, ed. N Kızılkaya-Beji, İstanbul, pp. 49-68.
68. Köse, M. (2010). Uzun Süreli Nedeni Açıklanamayan İnfertilitesi Ve Tekrarlayan İntrauterin İnseminasyon Başarısızlığı Olan Hastalarda Trombofili Prevalansının Gösterilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Afyonkarahisar. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 260290).
69. Speroff, L., & Fritz, M. A. (2011). Female Infertility Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins;pp.1185- 1189.

70. Yumru, A. E., & Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. *Journal Of Academic Research in Medicine*;1;57-60.
71. Strauss, J. F., & Barbieri, R. L. (2006). *Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology*. Güneş Kitabevi.
72. Dohle, G. R., Weidner, W., Jungwirth, A., Colpi, G., & Papp, G. (2010). *EAU İnfertilite Kılavuzu*; pp.7-10.
73. Bradley, D. A. & Stephanie, T. P. (2017). Causes of male infertility. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/causesofmaleinfertility?search=male%20infertility&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_tpe=default&display_rank=2 Erişim tarihi:19.5.2019.
74. Erdem, K. (2012). İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 317017).
75. Teskereci, G. (2010). İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Antalya. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 266748).
76. Hotun-Şahin, N. Bilgiç, D. (2015). İnfertilite Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Ed. Nezihe Kızılkaya-Beji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. pp. 113-7.
77. Benli, S. (2010). İnfertil Kadınlarda Depresyon Ve Anksiyete Durumu ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Konya. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 260553).
78. Karanisoğlu, H., Yazıcı, S. (2009). Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. In İnfertilite Hemşireliği, Ed. Nezihe Kızılkaya-Beji, İstanbul. pp. 69-88.
79. Brinsden, P. R. (2005). *A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction: The Bourn Hall Guide to Clinical and Laboratory Practice*. Taylor & Frances Group,3rd Edition. London and Newyork.
80. Johnson, M.H. (2011). Robert Edwards: the path to IVF. *Reproductive BioMedicine Online* 23: 245-62.
81. *Medicine*. (2010). *Human in vitro fertilization*. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2010/advancedmedicineprize2010.pdf. pp. 8.

82. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 647-69.
83. Erdoğan, S., Çoğendez. E., Eken, M., Keyif, B., Erdoğan, B., Kaya, E. (2015). Kontrollü Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan İnfertil Hastalarda Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi 7: 1-7. DOI: 10.5222/iksst.2015.001.
84. Yıldız M, Çim N, Elçi E, Yıldızhan R. İnfertil kadınlarda klomifen sitrat ve rFSH ile ovülasyon indüksiyonu sonrası intrauterin inseminasyon sonuçlarının karşılaştırılması. Van Tıp Dergisi 2016; 23(1): 81-85.
85. Angell, N. F., Moustafa, H. F., Rizk, B. R. M. B., & Nawar, M.G. (2008). İntraturatin inseminasyon (Çeviren: Fıçıcıoğlu C, Yıldırım G). In Rızık B, Garcia-Velasco J, Sallam H, Makrigiannakis A, Editors. İnfertilite ve Yardımla Üreme Teknikleri. Çeviri Editörleri: Gürkan T. Çeviri Editör Yardımcıları: Çiçek N, Demirool A, Papuçcu R, Tavmergen E. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara; 416–427.
86. Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşireliği. İnfertilite Hemşireliği Derneği, İstanbul, 2009.
87. Arıcı, A., Attar, E., Balaban, E., Buyru, F., & Çolgar, U. (2006). Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite, Editör: Umur Ç. İstanbul.
88. Arıcı, A. (2012). Yardımcı Üreme Teknikleri. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı. Görünüm Dergisi; 2-3.
89. Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment-short term impact on psychological well-being and the marital relationship. Human Reproduction;24;1-8.
90. Asan N. (2007). GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezine Başvuran Çiftlerin, IVF-ET Tedavisini Bırakma Nedenleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 224365)
91. Omland, A.K., Abyholm, T., Fedorcsak, P., Ertzeid, G., Oldereid, NB., Bjercke, S., & Tanbo, T. (2005). Pregnancy outcome after IVF and ICSI in unexplained, endometriosis-associated and tubal factor infertility. Human reproduction; 20(3):722-727.
92. Peterson, B. D., Newton, C.R., & Rosen, K.H. (2003). Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. Family Process; 42 (1): 59-70.

93. Akyüz, A. (2001). IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 108278)
94. İlhan, H. A. (2003). Ovaryan Rezervi Değerlendirmede Bazal Over Hacmi ve Antral Folikül Sayısının Önemi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 138745)
95. Şirin, A. (2001). Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım. 1. Baskı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları No: 9, İzmir.
96. Ataman, H. (2007). Doğal ve infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 196057)
97. Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve Hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11(4).
98. Tutarel- Kışlak, Ş., & Çabukça, F. (2002). Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu ile ilişkisi. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 5(2).
99. Onat Bayram, G. (2009). İnfertilitenin Yaşam kalitesi ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 247503).
100. Altıntop, İ., & Kesgin, B. (2018). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi; 11 (55): 756-768.
101. İlerisoy, M. (2012). Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no: 326185).
102. Özçelik, B., Karamustafaloğlu, O., & Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. Anatolian Journal of Psychiatry, 8:140-148.
103. Yeşiltepe Oskay, Ü. Onat Bayram, G., & Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). İnfertilite Hemşireliği. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği, s.s 177-195.
104. Alibaşoğlu, H. (2010). İnfertilitede emosyonel semptomlar, evlilik uyumu ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farklılıkları. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı/ Bakırköy Prof. Dr. Mazhar

Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Psikiyatri Kliniği. (YÖK Ulusal Tez Merkezi Tez no. 271762).

105. Keskin, G., Bilge, A., Akmeşe, Z. B., & Saydam, B. K. (2012). İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 21(2); 53-60.
106. Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*; 24(4), 906–912. doi:10.1093/humrep/den462.
107. Cousineau, T.M., Seibring, A., & Barnard, M.T. (2006). Making meaning of infertility: existential crisis or personal transformation? *Fertil Steril*;86:S:382.
108. Kızılkaya Beji, N., Kaya, D. (2012). İnfertilitede Birey- Çift Danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (3): 10-14.
109. Güngör, İ. (2012). İnfertil Hemşirelerde Eğitim ve Danışmanlık Süreci Hemşirelik Yaklaşımı. I. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Seminer Sunum, Acıbadem, İstanbul.
110. Solmaz Hasdemir, P., Bulut Kamali, Melek., & Özçakır, H. T. (2015). İnfertilite Olgularında Tedavi Başlangıcında Sözel ile Yazılı Bilgilendirmenin Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2):14- 17.
111. Janssen, H. J. E. M., Cuisinier, M. C. J. & de Grauw, C. P. H. M. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 56–61.
112. Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E. G., & Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 22(3):166-76.
113. Daniluk, J. C. (1996). When treatment fails: the transition to biological childlessness of infertile women. *Women & Therapy*:19(2):81-98.
114. Rajkhowa, M., Mcconnell, A., Thomas, G.E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction*; 21(2): 358-363.
115. Tashbulatova, D. (2007). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Üroloji Anabilim Dalı.
116. Peddie, V.L., Teijlingen, E., Bhattacharya, S. A (2005). Qualitative study of women’s decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*; 20 (7): 1944-1951.

117. Lippincott Williams & Wilkins. (2005). *Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility*, Table of contents>Part IV>Infertility>32-Assisted Reproductive Technologies, Philadelphia. (<http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi>)
118. Lau, W. N. T., So, W. W. K., Yeung, W. S. B., Ho, P. C. (2006). The effect of ageing on female fertility in an assisted reproduction programme in Hong Kong: retrospective study. *Hong Kong Med J*; 6(2): 147-52.
119. Stanford, J. B., Parnell, T. A., Boyle, P. C. (2008). Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *J Am Board Fam Med*; 21(5): 375- 84.
120. Olivious, C., Friden, B., Borg, G., Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*; 81(2): 258-261.
121. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., van Minnen, A., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod*; 20(8): 2253–2260.
122. Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*; 21(5):705-34.
123. Erbil, N., Bostan, Ö., Kahraman, A.N. (2010). İnfertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*;20:228-35.
124. Özkan, M., & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 33(1): 44-6.
125. Upkong, D., & Orji, E. (2006). Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Derg*; 17(4): 259-65.
126. Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., & Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *J Adv Nurs*;70(8):1801-12.
127. Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares I. (2012). Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, 27, 496–505.
128. Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341–358.

129. Solmaz Hasdemir, P., Bulut Kamali, Melek., Özçakır, H. T. (2015). İnfertilite Olgularında Tedavi Başlangıcında Sözel ile Yazılı Bilgilendirmenin Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 4(2):14- 17.
130. Calhaz-Jorge, C. De Geyter, M. S. Kupka, J. Mouzon, K. Motrenko, G. (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, Volume 32, Issue 10, October 2017, Pages 1957–1973.
131. Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5):1759-1763. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.125.

8. EKLER

8.1. EK 1: Etik Kurul Kararı Yazısı

Rumelifeneri Yolu Sanyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	02.11.2018
Karar No:	2018.315.IRB3.231
Sorumlu Araştırmacı:	Özlem Er
Araştırma Başlığı:	İnfertilite tedavisi alan çiftlerin fertiliteye uyumunu ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi
Başlangıç tarihi:	19.11.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,


Hakan S. Orer
Başkan

8.2.EK 2: İzin Yazısı

Davutpaşa Caddesi No:4 Topkapı 34010 İstanbul T: 0850 250 8 250 F: 0212 311 34 10 www.kuh.ku.edu.tr



4.12.2018

Sayı : HHM 4122018
Konu : Araştırma İzni
Bilgi : Başhekimlik

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Özlem Er'in HSGN 599 nolu Yüksek Lisans Tez Çalışması kapsamında, "İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunun ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı araştırmayı Dr.Öğr. Üyesi Memnun Seven danışmanlığında, Koç Üniversitesi Hastanesi'nin Tüp Bebek Merkezinde yapabilmeleri konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Saygılarımla,


Bertin Bulut Çepni
Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi

NC/336

8.3.EK 3: Katılımcı Tanılama Formları ve Onam Formu (Kadın/ Erkek)

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Özlem Er tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın [Etik Kurul onay numarası] sayılı onayı ile izin verilen, 'İnfertilite tedavisi alan çiftlerin fertiliteye uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi' başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığımız her hangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmada infertilite tedavisi alan çiftlerin fertilitate uyum düzeylerini ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

1. Öncelikle size çalışma hakkında bilgi verilecektir.
2. Araştırmacı tarafından geliştirilen anketi doldurmanız istenecektir.
 - Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından çiftler için kadın/erkek olarak ayrı hazırlanan Katılımcı Tanılama Formu ve Fertilitate Uyum Ölçeği kullanılacaktır.
3. Ankette yer alan soruları sizin yanıtlamanız beklenmektedir.
 - Anketin doldurulması yaklaşık 10-15 dk kadar sürecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışma sizin sağlığını tehdit edici unsurlar içermemektedir. Anketlerin doldurulması sırasında anlaşılmayan sorular olduğunda araştırmacı size gerekli açıklamaları yapacaklardır.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin fertilitate tanısına verdiği cevaplar farklılık gösterebilmektedir. Bu süreçte çiftlerin fertilitate tanısına uyumunun değerlendirilmesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi; tedavi süreci sonrası uzun dönemde çiftlerin uyumunu arttıracak sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir. Bu çalışmada vereceğiniz bilgiler, bu hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunacaktır.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir.

Bu çalışmada isim veya sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak hiç bir bilgi toplanmayacaktır. Sorulara verdiğiniz cevapların gizliliğini sağlamak için, sessiz ve sakin bir ortamda soruları yanıtlamanız istenecektir.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir.

Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Hemşire Özlem Er,

Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

0541 967 39 75

oe15@ku.edu.tr

[Danışman; Doç.Dr Memnun Seven](#)

[Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi](#)

mseven@ku.edu.tr

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (Kadın Katılımcılar)

Sayın Katılımcı

Bu formda infertilite tedavisi süresince fertilitiye uyumuzu etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo demografik özellikleriniz ve tanı-tedavi sürecinize ilişkin özellikler sorgulanmıştır. Lütfen sizin için en uygun şıkkı işaretleiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihiniz (gün/ ay/ yıl): _____

2. Doğum yeriniz (il / ilçe)

3. Nerede yaşıyorsunuz (İl / İlçe) ? _____

4. Eğitim Durumunuz (en son bitirdiğiniz okul): _____

() Sadece okur-yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

() Yüksek lisans veya doktora

5. Mesleğiniz: _____

6. Çalışıyor musunuz?

() Evet

() Hayır

7. Evinizde aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?

() Gelirim giderime göre az

() Gelirim giderime göre normal

() Gelirim giderime göre fazla

8. Evlilik tarihiniz: _____

9. Eşiniz ile akrabalığınız var mıdır?

() Evet (kim olduğunu yazınız) _____

() Hayır

10. İlk evliliğiniz değil ise diğer evliliklerinizden çocuğunuz var mı ?

() Evet

() Hayır

11. Kronik bir hastalığınız var mı?

() Evet (belirtiniz) _____

() Hayır

12. Kaç yıldır çocuk sahibi olmayı istiyorsunuz? _____

13. Çocuk sahibi olmak için kaç yıldır tedavi alıyorsunuz? : _____

14. İnfertilite (çocuk sahibi olamama) nedeni ile ilgili olarak aşağıdaki şıklardan sizin durumunuza uygun olanı işaretleyiniz.

() Kadına ait nedenler

() Erkeğe ait nedenler

() Kadın ve erkeğe ait nedenler

() Nedeni bilinmiyor

() Diğer (belirtiniz) _____

15. Daha önce hangi infertilite tedavilerini aldınız? (Aşılama, hormon tedavisi, tüp bebek, cerrahi girişimler vb.)

16. Bugüne kadar yapılan tedavi türlerini sayısı ile birlikte yazınız?

Tedavi türü (Aşılama, hormon tedavisi veya tüp bebek vb.)	Sayısı	Tedavi sonucu/sonuçları (gebelik oluştumu veya hangi aşamda tedavi sonlandı)

17. Hiç gebe kaldınız mı?

() Evet

() Hayır

18. Tedavi masraflarını nasıl karşılıyorsunuz ?

() Kendimiz

() Sosyal güvencem

Bir kısmını kendim bir kısmını sosyal güvencem

Diğer (belirtiniz) _____

19. Tüp bebek tedavisi sırasında (varsa) geçirdiğiniz ameliyatlar nelerdir?

20. Şuanda hangi tedaviyi alıyorsunuz? (Aşılama, hormon tedavis, tüp bebek vb.)

21. Hiç tedaviye devam etmemeyi düşündünüz mü?

Evet

Hayır

Diğer (belirtiniz) _____

22. Aşağıda verilen ifadeleri sizin tedaviyi bırakmayı düşünme nedenlerine göre isaretleyiniz? (20. Soruya evet cevabı vermiş iseniz cevaplayınız) (Birden fazla cevap isaretleyebilirsiniz)

Başarısız tedaviler ile baş edememe

Psikolojik yorgunluk

Tıbbi öneriler

Fiziksel Tükenmişlik

Eşin fiziksel tükenmişliği

Eşin tedaviyi bırakmak istemesi

Maddi kaygılar

Diğer (belirtiniz) _____

23. Tedavi ile kendi biyolojik çocuğunuza sahip olamazsanız ne yapmayı düşünüyorsunuz?

24. İnfertilite tedavisi aldığınızı kimlerle paylaştınız?

Sadece eşim ve ben biliyoruz

Aile üyeleri (lütfen kimler olduğunu belirtiniz).....

Yakın arkadaşlar

Komşu

Diğer (belirtiniz) _____

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (Erkek Katılımcılar)

Sayın Katılımcı

Bu formda infertilite tedavisi süresince fertilitiye uyumuzu etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo demografik özellikleriniz ve tanı-tedavi sürecinize ilişkin özellikler sorgulanmıştır. Lütfen sizin için en uygun şıkkı işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihiniz (gün/ ay/ yıl): _____

2. Eğitim Durumunuz (en son bitirdiğiniz okul): _____

() Sadece okur-yazar

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

() Yüksek lisans veya doktora

3. Mesleğiniz: _____

4. Çalışıyor musunuz?

() Evet

() Hayır

5. Evinizde aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?

() Gelirim giderime göre az

() Gelirim giderime göre normal

() Gelirim giderime göre fazla

6. İlk evliliğiniz değil ise diğer evliliklerinizden çocuğunuz var mı ?

() Evet

() Hayır

7. Kaç yıldır çocuk sahibi olmayı istiyorsunuz ? _____

8. Daha önce çocuk sahibi olmak için başka tedavi gördünüz mü?

() Evet

() Hayır

9. Tüp bebek tedavisi sırasında geçirdiğiniz ameliyat var mı ? nelerdir? (Varikosel, TESA, TESE, MESA vb.)

10. Hiç tedaviyi bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet
 Hayır
 Diğer (belirtiniz) _____

11. Aşağıda verilen ifadeleri sizin tedaviyi bırakmayı düşünme nedenlerine göre işaretleyiniz? (10. Soruya evet cevabı vermiş iseniz cevaplayınız) (Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz)

- Başarısız tedaviler ile baş etme korkusu
 Psikolojik yorgunluk
 Tıbbi öneriler
 Fiziksel Tükenmişlik
 Eşin fiziksel tükenmişliği
 Eşin tedaviyi bırakmak istemesi
 Maddi kaygılar
 Diğer (belirtiniz) _____

12. Tedavi ile kendi biyolojik çocuğunuza sahip olamazsanız ne yapmayı düşünüyorsunuz?

13. İnfertilite tedavisi aldığınızı kimlerle paylaştınız?

- Hiç kimse ile paylaşmadık
 Aile üyeleri (lütfen kimler olduğunu belirtiniz)
 Yakın arkadaşlar
 Komşu
 Diğer (belirtiniz) _____

8.4.EK 4: Fertilité Uyum Ölçeği

FERTILITE UYUM ÖLÇEĞİ

Çocuk sahibi olmamanıza uyumunuzu ölçmek amacı ile kullanılan İnfertilite Uyum Ölçeği'nde, uyum bilişsel, davranışsal ve duygusal yönleri içeren kapsamlı bir kavram olarak ele alınmıştır. İnfertilite Uyum Ölçeği, tedavi sonuçlarını ve bireylerin psikolojik gereksinimlerini değerlendirmede yararlı bir araçtır. İnfertil bireylerin psikolojik gereksinimlerini saptamak ve doğurganlık problemlerine uyumu hakkında görüşmek için uygundur.

Lütfen her bir maddeyi okuyun. Daha sonra her ifadenin sizin için ne kadar uygun değerlendirin. Bu ölçekteki en küçük numarayı "X" ile işaretlersiniz bu ifadenin size "tamamen uymadığını", eğer ölçeğin sonunda en yüksek numarayı "X" ile işaretlersiniz bu ifadenin size "tamamen uyduğunu" gösterecektir. **Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.**

Maddeler	Bana hiç uymuyor	Bana biraz uyuyor	Bana çok uyuyor	Bana tamamen uyuyor
1. Çocuk sahibi olmanın yararları ve zorlukları vardır.*	4	3	2	1
2. Çocuk sahibi olup olamayacağımızdan emin olana kadar gelecek konusunda plan yapamam.	1	2	3	4
3. Yaşamımda her şeyden çok kendi çocuğuma sahip olmayı istiyorum.	1	2	3	4
4. Çocuğumun olamayacağı olasılığını düşünerek geleceğimi planlarım.*	4	3	2	1
5. Hayatımı adet kanamasına göre yaşıyormuşum gibi geliyor.	1	2	3	4
6.Eğer kendi çocuğuma sahip olamazsam kendimi her zaman doyumsuz hissedeceğim.	1	2	3	4
7. Çocuksuz bir geleceğe uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.*	4	3	2	1
8. Normal yaşam aktivitelerimi sürdürebileceğimden eminim.*	4	3	2	1
9. Çocuksuz bir gelecek düşünemiyorum.	1	2	3	4

10. Çocuk olsun ya da olmasın yaşamın bir ödül olabileceğini düşünüyorum.*	4	3	2	1
--	---	---	---	---

* Ters numaralandırılmaktadır.



ÖZGEÇMİŞ FORMU

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	ÖZLEM ER
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	Master Öğrencisi
Fakülte/Bölüm:	Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik
Departman/Ünite:	Koç Üniversitesi
Ev telefonu:	02125311662
İş telefonu ve Cep telefonu:	05419673975
E-posta adresi:	oer15@ku.edu.tr

2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb)
2010-2015	%100 Burslu Hemşirelik (1 yıl İngilizce Hazırlık Sınıfı)	Bezmi Âlem Vakıf Üniversitesi	birincilik başarı bursu (2011-2012, 2012-2013,2013-2014) Lisans okul derecesi: İkincilik
2014-2016	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	İstanbul Üniversitesi	Önlisans
2015- devam	Kadın sağlığı hemşireliği yüksek lisans programı	Koç Üniversitesi	Lisansüstü

3. AKADEMİK DENEYİM /MESLEKİ DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜN VAN	BÖLÜM	KURUM
2015-2016	Hemşire	Kadın Doğum Servisi-Doğumhane	Amerikan Hastanesi
2016-2018	Hemşire	IVF Ünitesi	Koç Üniversitesi Hastanesi
2019-Halen	Hemşire	Kadın Doğum Servisi-Doğumhane	T.C.S.B. Haseki E.A.H.

4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM RPOGRAMI
23-24.11.2011	Bezmi Âlem Vakıf Üniversitesi Eli kavramak Sempozyumu
19-20.09.2013	BAVÜ Uluslararası katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Sempozyumu
29.05.2014	BAVÜ ∞ GB Bellek konulu 3. Anatomi Öğrenci Paneli/Panelist 'Alzheimer ve Hemşirelik Yaklaşımı' Sunumu,Panelist
20.12.2011	NHI İstanbul Doğal Sağlık Enstitüsü ve British Cupping Society tarafından BAVÜ iş birliği ile Tıbbi Kupa Terapisi
8-9.11.2012	BAVÜ Bezmialem-Cleveland Günleri Yeni doğan/Süt çocuğu Nörolojisi Kongresi
23-25.01.2012	BAVÜ Bezmialem-Cleveland Günleri Sempozyumu
15.12.2013	BAVÜ-UFD Omuz Hastalıklarında değerlendirme, cerrahi ve rehabilitasyon yaklaşımları sempozyumu
08.05.2014	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi iş birliği ile düzenlenen Sağlık Sistemi ve Hemşirelik Sempozyumu

31.10.2014- 02.11.2014	BAVÜ-Uluslararası Afet Kongresi, Kitlesele yaralanmalarda olay yeri ve vaka yönetimi kursu, İntroosseöz ve IT Clamp uygulamaları kursu, Havayolu yönetimi ve hızlı seri entübasyon kursu, afetlerde travma yönetimi ve afet cerrahisi, ampütasyonlar kursu, yüksekten yaralı tahliyesi uygulamalı kursu, afetlerde haberleşme kursu.
18.03.2015	BAVÜ 100. Yılında I. Dünya Savaşı ve Sağlık Hizmetleri Sempozyumu
10.02.2015	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dekanlık salonu " CPR, Temel Yaşam Desteği"
18.03.2015	BAVÜ SBF/Hemşirelik Bölümü Kadına Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri
17.04.2015	Florence Nightingale Bilim günleri-3: Kadın Sağlığını Etkileyen Enfeksiyonlar Sempozyumu
14.05.2015	BAVÜ Hemşirelik Haftası Etkinliği, Hemşireler Değişim için Önemli Güç teması
09.06.2015	LİV Hospital, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği: Cinsel Sağlık Sempozyumu
16.12.2015	Kardiyo Pulmoner Resitasyon (CPR)
12.05.2016	El Hijyeni Eğitimi
17.06.2016	İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi
07.04.2017	İlaç Güvenliği Eğitimi
10.12.2012- 3.11.2014	İstanbul Selçuk Anadolu kız meslek lisesi, İST. Okul Sağlığı Eğitim Seminerleri, Menstrüal Hijyen ve Enfeksiyonlardan Korunma
16- 17.05.2013	BAVÜ Hastanesi: Hasta ve Hasta yakını Eğitimi Seminerleri, İdrar yolu enfeksiyonlarında risk faktörleri ve korunma, Meme kanserinde risk faktörleri ve KKMM nasıl yapılır?
12- 13.05.2013	Hemşirelik Haftası Etkinlikleri, İST.Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 2013 yılı teması sunumu
04.2016	Acil Obstetrik Bakım Programı, Sağlık Bakanlığı

**1. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI
(Klinik, Sosyal, vb)**

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI
09.02.2015- 29.05.2015	KADINLARIN DOĞUM ŐEKLİNE İLİŞKİN TERCİHLERİ, TUTUM VE DENEYİMLERİ
09.03.2016- 22.06.2016	HEMŐİRELERİN BAZI ÖZELLİKLERİ VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞININ İŐTEN AYRILMA KARARINA ETKİŐİ

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza 

Tarih 09.07.2019