

**T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**IVF TEDAVİSİ UYGULANAN ÇİFTLERDE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN GEBELİK
SONUCUNA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİLİZ DEMİRHAN

KÜTAHYA-2019

**IVF TEDAVİSİ UYGULANAN ÇİFTLERDE ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYİNİN GEBELİK SONUCUNA ETKİSİ**

FİLİZ DEMİRHAN

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği Uyarınca
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

Ağustos – 2019

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ana
Bilim Dalında, Filiz BEMELHAN tarafından hazırlanan Yeni Tedaşlı Yüksek başlıklı
tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS/
DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir. Gebelik Sınava Etkisi

Danışman/Başkan Ünvanı Adı SOYADI

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yıldıray ABA

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Aysegül DURMAZ

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye:

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye:

İMZA

Tez Savunma Sınavı Tarihi:/...../2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

ONAY

0210912019



T. C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

(Tez Teslim Beyan Formu)

Öğrenci No : 1571541202
Adı Soyadı : Filiz DEMİRHAN
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Tezli Yüksek Lisans Tezsiz Yüksek Lisans
 Doktora

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Filiz DEMİRHAN

Tarih / İmza

Diğer hususlar:

Bu bölüme yukarıda belirtilen maddeler ile ilgili tarafınızca uygun bulunmayan veya itiraz konusu olan hususları belirtiniz:

ONAY
Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

Danışman
.... /.... /2019

ÖZET

Demirhan, F. IVF Tedavisi Uygulanan Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Gebelik Sonucuna Etkisi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2019.

Amaç: Araştırma, IVF (In Vitro Fertilizasyon) tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma verileri Kasım 2017-Mayıs 2018 tarihlerinde, Eskişehir Acıbadem Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde toplanmıştır. Araştırmaya açıklanamayan infertilite tanısı almış 102 kadın, 102 erkek olmak üzere toplam 204 çift alınmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla Veri Toplama Formu, tedavi sürecinin kaydedildiği Vaka Takip Formu, çiftlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin ölçmek için ise Spielberger'in Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Çiftlere tedavi öncesi ve OPU (Oosit Pick-Up) gününde olmak üzere iki kez ölçüm yapılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 25.0 veri analizi paket programı kullanılarak bir uzman yardımıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların OPU günü durumluk anksiyete ($p<0,05$) ve depresyon ($p<0,05$) puanları tedavi öncesine göre anlamlı derecede yüksek bulunurken; erkeklerin durumluk anksiyete ($p>0,05$) ve depresyon ($p>0,05$) puanları tedavi sürecinde anlamlı değişim göstermemiştir. Kadınların sürekli anksiyete puanları ($p<0,01$) ile tedavi öncesi ($p<0,05$) ve OPU günü ($p<0,05$) depresyon puanları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunurken; tedavi öncesi ($p>0,05$) ve OPU günü ($p>0,05$) durumluk anksiyeteleri erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile oosit sayısı arasında anlamlı bir ilişki belirlenemezken, anksiyete düzeyi yüksek olan kadınlarda daha düşük oosit sayısı, depresyon düzeyi yüksek olan kadınlarda daha fazla sayıda oosit elde edilmiştir ($p>0,05$). Erkeklerin sürekli anksiyete düzeyleri ile sperm sayıları arasında ($p<0,05$) ve tedavi öncesi depresyon düzeyleri ile sperm hareketliliği arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer parametrelerdeki ölçümlerde ise sperm sayı ve hareketliliği için bir ilişki

bulunmamıştır. Tedavi öncesi durumluk anksiyete puanları ile sperm sayısı ($r=-0,206$; $p<0,05$) ve hareketliliği ($r=-0,216$; $p<0,05$) arasında ters yönde zayıf bir korelasyon olduğu görülmüştür. Tedavi öncesi depresyon puanı ile sperm hareketliliği arasında ters yönde zayıf ($r=-0,388$; $p<0,001$), OPU günü depresyon puanı ile sperm hareketliliği arasında ise ters yönde orta düzeyde ($r=-0,402$; $p<0,001$) korelasyon olduğu bulunmuştur. Tedavi öncesi ve OPU günü hafif düzeyde anksiyetesi olan kadınların gebelik oranı orta düzey anksiyetesi olanlara göre daha fazla olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınların depresyon düzeyi ile gebelik sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi düşük olan kadınlarda gebelik oranları daha yüksek olmakla birlikte gebelik sonucuna etkisi olmadığı görülmüştür. Açıklanamayan infertilitede anksiyete ve depresyonun gebelik sonucuna etkisini inceleyen daha çok çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Açıklanamayan infertilite, anksiyete, depresyon, gebelik sonucu, IVF.

ABSTRACT

Demirhan, F. The effect of anxiety and depression levels on pregnancy outcome in couples treated with IVF. Kütahya University of Health Sciences, Graduate of Education Institute, Master Thesis, Kütahya, 2019.

Aim: The aim of this study was to determine the effect of anxiety and depression on pregnancy outcome in couples receiving IVF (In Vitro Fertilization) treatment.

Materials and Methods: The research data were collected between November 2017 and May 2018 at the Eskişehir Acıbadem Hospital IVF Center. A total of 204 couples (102 females and 102 males) with unexplained infertility were included in the study. Data Collection Form was used to collect data, Case Follow-up Form, which recorded the treatment process, and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory were used to measure the anxiety and depression levels of couples. Couples were measured twice; before treatment and on OPU (Oocyte Pick-Up) day. The research data were analyzed with the help of an expert using the SPSS 25.0 data analysis package program.

Results: On the OPU day, women's state anxiety ($p < 0.05$) and depression ($p < 0.05$) scores were significantly higher than pre-treatment scores; the state anxiety ($p > 0.05$) and depression ($p > 0.05$) scores of men did not change significantly during the treatment process. While women's trait anxiety scores ($p < 0.01$), pre-treatment ($p < 0.05$) and OPU day ($p < 0.05$) depression scores were significantly higher than men; state anxiety pre-treatment ($p > 0.05$) and OPU day ($p > 0.05$) was higher than men, but there was no statistically significant difference between them. While there was no significant relation between anxiety and depression levels and oocyte count in women, lower oocyte counts were obtained in women with high levels of anxiety and more oocytes were obtained in women with high levels of depression ($p > 0.05$). It was determined that there was a statistically significant relationship between trait anxiety levels of men and sperm count ($p < 0.05$), between pre-treatment depression levels of men and sperm motility ($p < 0.05$). Measurements in other parameters no relation was found for sperm number and motility. There was an inverse weak correlation between pre-treatment state anxiety scores and sperm count ($r = -0.206$; $p < 0.05$) and motility

($r=-0,216$; $p<0,05$). There was an inverse weak correlation ($r = -0.388$; $p <0.001$) between pre-treatment depression score and sperm motility, and an inverse moderate correlation ($r = -0.402$; $p <0.001$) between depression score on OPU day and sperm motility. Pre-treatment and on OPU day, women with mild anxiety had a higher pregnancy rate than those with moderate anxiety and there was no statistically significant difference between them ($p>0,05$). There was no statistically significant difference between the depression levels and pregnancy outcomes of women ($p> 0.05$).

Conclusion: In conclusion, although the pregnancy rates were higher in women with low state and trait anxiety levels, it was found to have no effect on pregnancy outcome. More studies are needed to investigate the effect of anxiety and depression on pregnancy outcome in unexplained infertility.

Key Words: Unexplained infertility, anxiety, depression, pregnancy outcome, IVF.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimin boyunca her aşamada verdiği bilimsel destek, gösterdiği sabır ve anlayış yanı sıra akademik kimliğime verdiği emek ve katkıları için değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR'a,

İstatistiksel analizlerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı Sayın Arş. Gör. Dr. Muzaffer BİLGİN'e,

Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ndeki araştırmam esnasında desteğini esirgemeyen hemşire hanımlar Elif Tuğçe OFLAZ, Gizem ÇETİNKAYA ve Feray Selda KAYTAN'a,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm çiftlere,

Gösterdikleri anlayış ve sabırdan dolayı bütün dostlarıma,

Hiçbir zaman bana inançlarını kaybetmeyen, maddi manevi her zaman yanımda olan, yaşam sebeplerim annem Necmiye DEMİRHAN ve babam Hamit DEMİRHAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Filiz DEMİRHAN

2019



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
GRAFİK LİSTESİ.....	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xvii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN ÖNEMİ VE TANIMI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İNFERTİLİTE İLE İLGİLİ TANIMLAR.....	5
2.2. İNFERTİLİTE İNSİDANSI.....	5
2.3. ETİYOLOJİSİ.....	6
2.3.1. Fertilitate Koşulları.....	6
2.3.2. Kadında Fertilitate Koşulları.....	6
2.3.3. Erkeklerde Fertilitate Koşulları.....	6
2.3.4. İnfertilite Nedenleri.....	7
2.3.5. Kadında İnfertilite Nedenleri.....	7
2.3.6. Erkeklerde İnfertilite Nedenleri.....	9
2.3.7. Açıklanamayan İnfertilite.....	11
2.4. İNFERTİLİTENİN TANILANMASI.....	11
2.4.1. İlk Değerlendirme.....	11
2.4.2. İnfertilitede Kadının Değerlendirilmesi.....	11
2.4.3. İnfertilitede Erkeğin Değerlendirilmesi.....	14
2.5. İNFERTİLİTE TEDAVİSİ.....	15
2.5.1. Cerrahi Tedavi.....	16
2.5.2. İlaç Tedavisi.....	16
2.5.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT).....	16
2.5.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Komplikasyonları.....	25

2.6. İNFERTİLİTENİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNDEKİ CİNSİYET FARKLILIKLARI	26
2.6.1. İnfertilitenin Kadın Üzerindeki Etkileri	26
2.6.2. İnfertilitenin Erkek Üzerindeki Etkileri	27
2.7. İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK YÖNÜ.....	27
2.7.1. İnfertilite Krizinin Evreleri.....	27
2.7.2. Anksiyete.....	29
2.7.3. Depresyon.....	32
2.8. İNFERTİLİTE TEDAVİSİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	35
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	35
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	35
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	37
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	37
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	37
3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	37
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	41
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	44
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ	45
4. BULGULAR	47
4.1. ÇİFTLERİN SOSYO - DEMOGRAFİK VE AİLESEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR	47
4.2. ÇİFTLERİN İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	48
4.3. KADIN VE ERKEKLERİN TEDAVİ ÖNCESİ VE OPU GÜNÜ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE PUANLARI VE DEPRESYON PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	50
4.4. KADINLARIN OOSİT SAYILARININ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE DEĞİŞİMİNE İLİŞKİN BULGULAR	54
4.5. ERKEKLERİN SPERM SAYILARININ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	55
4.6. ERKEKLERİN SPERM HAREKETLİLİĞİNİN DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	57

4.7. KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN GEBELİK SONUCUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	60
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. ÇİFTLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE AİLESEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	63
5.2. ÇİFTLERİN İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ	66
5.3. KADIN VE ERKEKLERİN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE ve DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ	67
5.4. KADINLARIN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE OOSİT SAYISI DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ	72
5.5. ERKEKLERİN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE SPERM SAYISI VE HAREKETLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ	74
5.6. KADINLARIN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN GEBELİK SONUCUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
KAYNAKLAR	97
EKLER.....	108
Ek 1. VERİ TOPLAMA FORMU	108
Ek 2. VAKA TAKİP FORMU.....	111
Ek 3. SPIELBERGER DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ ..	111
Ek 4. BECK DEPRESYON ENVANTERİ	114
Ek 5. ETİK KURUL İZİNİ	117
Ek 6. KURUM İZİN YAZISI	119
Ek 7. DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI.....	120
Ek 8. DEPRESYON ENVANTERİNİN KULLANIM İZİN YAZISI	121
Ek 9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	122
Ek 10. İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ KURSU	123
ÖZGEÇMİŞ	124

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Normal Semen Parametreleri	10
Tablo 3.1. Çalışma Gruplarının Dağılımı.....	36
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	44
Tablo 4.1. Çiftlerin Sosyo - Demografik ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı....	47
Tablo 4.2. Çiftlerin İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	49
Tablo 4.3. Kadın ve Erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.4. Kadın ve Erkeklerin Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-II) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.5. Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri (BDI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.6. Kadınların Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-I, STAI-II) Düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri (BDI) Düzeyleri ile Oosit Sayılarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.7. Erkeklerin Tedavi Öncesi Sperm Sayılarının Tedavi Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 4.8. Erkeklerin OPU Günü Sperm Sayılarının OPU Günü Durumluk Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.9. Erkeklerin Tedavi Öncesi Sperm Hareketliliklerinin Tedavi Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 4.10. Erkeklerin OPU Günü Sperm Hareketliliklerinin OPU Günü Durumluk Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.11. Erkeklerin Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamalarının Sperm Sayısı ve Sperm Hareketliliği ile İlişkisi	59
Tablo 4.12. Kadınların Tedavi Öncesi ve OPU Günü Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler	60
Tablo 4.13. Kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-II) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler	61

Tablo 4.14. Kadınların Tedavi Öncesi ve OPU Günü Beck Depresyon Envanteri (BDI) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler 61



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırma Sürecinin Uygulama Şeması.....	43
---	----





GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. Kadın ve Erkeklerin Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-I ve STAI-II) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Grafik 4.2. Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri (BDI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53





SİMGELER VE KISALTMALAR

BDI	Beck Depresyon Envanteri
BhCG	Beta Human Koryonik Gonadotropin
CC	Klomifen Sitrat
FSH	Folikül Stimulan Hormon
GIFT	Gamet İntrafallopian Transfer
GnRH	Gonadotropin Relasing Hormon
GnRH-a	Gonadotropin Relasing Hormon Antagonistleri
HCG	Human Koryonik Gonadotropin
HMG	Human Menepozal Gonadotropin
HSG	Histerosalpingografi
ICSI	İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	İntra Uterin İnseminasyon
IVF-ET	İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
KOH	Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyon
LH	Luteinizan Hormon
MESA	Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu
OHSS	Ovaryan Hiperstimülasyon Sendromu
OPU	Oosit Pick-Up
PCOS	Polikistik Over Sendromu
PESA	Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu
P FSH	Saf Folikül Stimulan Hormon
PID	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
PZD	Parsiyel Zona Diseksiyonu
Rec- FSH	Recombinant Folikül Stimulan Hormon
STAI-I	Durumluk Anksiyete Ölçeği
STAI-II	Sürekli Anksiyete Ölçeği
SUZI	Subzonal Sperm Enjeksiyonu
TESA	Testiküler Sperm Aspirasyonu
TESE	Testiküler Sperm Ekstraksiyonu
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT	Zigot İntrafallopian Transfer



1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN ÖNEMİ VE TANIMI

Erişkinliğe ulaşan her kadın ve erkeğin; milliyeti, ırkı ya da dini ayırt edilmeksizin evlenmek, aile kurumuna dahil olmak hakkı olduğu İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bildirilmektedir. Bununla birlikte, Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nde "Cinsel haklar ve özgürlükleri ile üreme haklarının, fertler kadar çiftlere de ilişkin hak ve özgürlükler" olduğu belirtilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi' ne dayandırılarak oluşturulan bu bildirme, üreme ve cinsellikle ilgili hak ve özgürlüklerin temel insan hakları içerisindeki meşru yerine dikkat çekmektedir (Aktürk, 2006).

Tüm diğer canlılar gibi insanın da temel içgüdülerinden biri üreme içgüdüğü olup insanlık tarihi boyunca hep önem arz etmiştir (Taşçı ve ark., 2008; Karaca ve Ünsal, 2012). Evlenen çiftler doğum kontrolüyle ilgili bilgi sahibi olsalar bile infertilite ihtimalini düşünmemektedirler. Bu nedenle de infertilite tanısına hazırlıksız yakalanabilirler. Çünkü infertilite tanısı genellikle, korunma yöntemlerinin bırakılıp çocuk istendiği zaman ortaya çıkmaktadır (Keskin Gürbüz, 2007). Bu durum çiftler için beklenmeyen bir yaşam deneyimi olabilmekte ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Beji ve Kaya, 2012).

Beklenmeyen yaşamsal bir kriz olan infertilite ülkemizde doğurganlık çağındaki çiftlerin %10-15'ini etkilemektedir ve bu çiftlerden %55 'i ebeveyn olmak umuduyla tıbbi yardım arayışına girmektedirler. Bu umut belli bir süre sonra yerini psikososyal, ekonomik ve kültürel sorunlara bırakmaktadır. Çünkü infertilite psikolojik olarak tehditkar, duygusal olarak stresli, ekonomik açıdan pahalı ve çoğu zaman acı verici olan bir yaşam krizidir (Terzioğlu, 2016). İnfertilite teşhisi konan çiftler bu süreci hayatlarındaki en stresli tecrübe olarak tanımlamaktadırlar (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

İnfertilitenin sebep olduğu bu stres sonucunda, üreme sistemi hormonlarının salgılanmasından sorumlu olan hipofiz bezi etkilenmektedir. Çünkü hipofiz bezi strese karşı hassastır. Yüksek stres seviyesine sahip olan kadınlarda gebe kalabilme şansı azalmaktadır. Bunun nedeni de stresin getirdiği beslenme bozuklukları, menstural

siklus düzensizlikleri hatta amenore ve oosit sayısındaki azalmadır. Erkeklere stresin getirisi ise sperm bozuklukları, erken ya da geç ereksiyon yaşanmasıdır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Durmazoğlu, 2015; Üner, 2017). Stres, kadın ve erkek bireyi ayrı ayrı etkilerken, diğer taraftan da çiftin evlilikleri üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca yaşanan stres tedavide olumsuzluklara sebep olabileceği gibi, planlanan tedavi de strese kötü yönde etki edebilmektedir (Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015).

Neden olduğu tüm olumsuzluklar göz önüne alındığında, hayati bir hastalık olmasa da infertilite tanısı, bireyi ve aileyi dolayısıyla bunların bütünü olan toplumu ilgilendiren sosyal bir problem oluşturmaktadır. Sorun yarattığı bu sistemler nedeniyle infertilitenin yıkıcı ve önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkması kaçınılmazdır (Özçelik ve ark., 2007). Stewart ve Robinson'un çalışmalarında, erkeklerin %15'inin, kadınların ise %50'sinin infertilite teşhisi almış olmalarını "yaşamlarındaki en üzücü olay" şeklinde tanımladıklarını; Golombok'un çalışmasında kızgınlık, suçluluk, izolasyon ve cezalandırma gibi hislerin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü; Collins et al. (1992) çalışmalarında; kadınların erkeklerden daha fazla oranda infertiliteye ruhsal tepkiler gösterdiği belirlenmiştir (Stewart ve Robinson, 1999; Golombok, 1992; Collins et al., 1992; Kırca, 2011).

İnfertil çiftlerin çoğunluğu, başarı ihtimali ne olursa olsun, çocuk sahibi olabilmek amacıyla bir olanakları varsa bunu denemek için büyük bir istek duymaktadırlar. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) uygulanan çiftler, sürece ilişkin birçok olumlu ve olumsuz deneyim tecrübe etmektedirler. Yaşanan bu deneyimler sonucu oluşan stresin düzeyi uygulanan yöntemlerin başarı şansını etkilemektedir (Kırca, 2011).

Günümüzde en çok kullanılan teknik olan İn Vitro Fertilizasyon (IVF) birçok aşamaları olan bir süreçtir. Tedavi boyunca yas, anksiyete ve depresyon açısından en tehlikeli olan dönem ise tedavinin başlangıç aşamasıdır. En sık görülen ruhsal bozukluklar ise uyum ve anksiyete bozuklukları olmakla birlikte, depresyon sıklığının iki kat fazla olduğu belirtilmektedir (Yahşi, 2010).

Ülkemizde ve dünyada infertilite ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu kadınlar üzerine yapılmıştır. Çiftlerin birlikte değerlendirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Oysa infertiliteden etkilenen sadece kadın değildir. Ayrıca, infertilitenin psikolojik

faktörlerle olan ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çoğunlukla fertil popülasyonla infertil popülasyonun kıyaslaması ya da infertil popülasyondaki psikolojik faktörlerin belirlenmesi şeklinde olduğu görülmektedir. Sürecin başlangıcından, IVF tedavisinin uygulanma amacı olan gebelik sonucuna kadar geçen sürecin araştırıldığı çalışma sayısı oldukça azdır. Bu bağlamda çalışmamız infertilite tedavisinin başlangıç gününden, gebelik tayinine kadar uzanan sürecin izlenmesi yönünden ve bu konuda sınırlı sayıda çalışma olan literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Psikolojik faktörlerin infertilite ile ilişkisi pek çok branştan araştırmacının ilgisini çekmiş olsa da, bu faktörlerin gebelik sonucuna etkisini inceleyen çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Anksiyete ve depresyon ile gebelik sonucu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında ise aradaki ilişkinin biçimine dair ortak bir noktaya varılmadığı görülmektedir (Terzioğlu, 1998; Atıcı, 2006; Karlıdere ve ark. 2008; Gourounti et al., 2011; Turner et al., 2013; Terzioğlu, 2016; Kaya, 2008; Lintsen, 2009; Yahşi, 2010; An et al., 2011; Li et al., 2011; Hashemi, 2012; Zaig et al., 2012; Taguchi et al., 2015; Saravelos et al., 2016; Turgay, 2017).

Çiftler infertilite tanısı aldıklarında, bundan kaynaklanan stresi bireysel olarak tecrübe ederler. Bu nedenle çiftlerin anksiyete ve depresyon durumlarının aynı anda araştırılması önemlidir (Yassa, 2016). Tedavilerin çoğunlukla kadına odaklanmasından dolayı erkeğin gereksinimlerine yeterince ilgi gösterilmediği eleştirisi oluşmaktadır. Bu sebepten dolayı infertil çiftlere yönelik psikolojik hizmetlerin ilerleyebilmesi için hem kadın hem erkek bireyin ayrı ayrı ihtiyaçlarının çalışılması gerekmektedir (Yanık Tok, 2005).

IVF tedavisi sürecindeki kadınların ve erkeklerin eş zamanda anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenip, bu psikolojik faktörlerin gebeliğe etkisinin açıklığa kavuşturulmasının pek çok yönde faydalı olacağı düşünülmektedir. Gerekli olan psikolojik ve tıbbi yardımın zamanında yapılması sağlanarak, çiftlerin infertilite krizini daha kolay yönetmesine ve sürece uyum sağlamalarına yardım edilebilir. Böylece çiftler psikolojik, fizyolojik ve maddi yönden yıpranmadan, bekledikleri gebelik sonucuna ulaşma süreleri kısalabilir. Bu sayede de toplumun temel yapı taşı olan aile kurumu sağlıklı temeller üzerine kurulabilir. Bu nedenle araştırmamızda IVF

tedavisi uygulanan açıklanamayan infertilite tanısı almış çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Anksiyete ve depresyon düzeylerinin gebelik sonucu üzerine etkisi yoktur.

H₁: Anksiyete ve depresyon düzeylerinin gebelik sonucu üzerine etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTE İLE İLGİLİ TANIMLAR

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre; üretken dönemde olan çiftin hiçbir korunma yöntemi kullanmaksızın minimum bir sene boyunca haftada 4-5 kez düzenli cinsel ilişkiye girmesine rağmen gebelik oluşmamasıdır (Topdemir Koçyiğit, 2012; Eğin, 2016). Eğer hiç gebelik yaşanmadı ise primer infertilite, öncesinde canlı doğum sonucu olsun ya da olmasın bir gebelik olmuş ise sekonder infertilite olarak tanımlanır (Uyar, 2015).

Fekundabilite bir siklusun gebelikle sonuçlanma olasılığını tanımlarken, fekundite siklusun sonucunda canlı bir doğum elde edilme olasılığıdır. Genel toplumun fekundabilite hızı %25-30 iken bu oran infertil olan popülasyonda %1-3 düzeyinde kalmaktadır (Yassa, 2016)

Sterilite; çocuk sahibi olmanın imkânsız olduğu yani konsepsiyon ya da gebelik gerçekleşmediği durumlardır. Gerekli tetkikler yapıldıktan sonra, düzeltilebilmesi mümkün olmayan fizyolojik ve anatomik bozukluklar mevcuttur.

Subfertilite; her iki eşin ya da sadece birinin fertillığının azalması sonucu gebeliğin oluşmamasıdır (Kızılkaya Beji, 2015).

2.2. İNFERTİLİTE İNSİDANSI

İnfertilite, 15-49 yaş aralığında olan çiftlerin %10-15 kadarını etkilemektedir (Sis Çelik ve Kırca, 2018) . Bu oran son yıllarda %30' a yaklaşmıştır. Bu artışın en önemli sebebi çiftlerin bu konuyla daha çok ilgilenmeleri ve kadınların toplumsal koşullardan dolayı giderek evlenme ve çocuk sahibi olma yaşını geciktirmeleridir (Teskereci, 2010).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de 2 milyon civarı infertil çift bulunmaktadır. Çiftlerden sadece 150 bini çocuk sahibi olabilmek için tedavi almaktadır. Türkiye'deki infertilite oranları yıl bazında incelendiğinde bir artış olduğu gözlemlenmektedir. 1975'te %2, 2004'te %10, 2009'da %25 olarak tespit edilen oranlara ek olarak, 2020 için %50 oranında bir tahmin öngörülmektedir (Üner, 2017).

2.3. ETİYOLOJİSİ

2.3.1. Fertilité Koşulları

Bireyin fizyolojisinin olgunlaşması ve üreme için gereken koşulların oluşması, üreme süreçlerinin tamamlanabilmesi için gereklidir. İlk olarak kadının hipotalamus-hipofizer-overian aksis, tubal uterin fonksiyonlar, serviksin ve endometriumun koşulları, erkekte ise hipotalamus-hipofizer-testiküler aksis, spermilerin üretimi ve hareketliliklerinin normal sınırlarda olması gereklidir (Taşkın, 2000)

2.3.2. Kadında Fertilité Koşulları

- En azından overlerden bir tanesi düzenli olarak yumurta üretme özelliğine sahip olmalıdır.
- Yumurta ile spermilerin taşınabilmesi için fallop tüplerinden en azından bir tanesinin fonksiyonlarının normal ve açık olması gerekmektedir.
- Uterus döllenmiş olan yumurtayı gelişip olgunlaşmaya kadar taşımaya uygun olmalıdır.
- Vajina, introitus ve serviks gibi dış genital organlar koitus esnasında ejakülasyona ve spermilerin ilerlemesine uygun olmalıdır.
- Plasenta oluşuncaya kadar gebeliğin sürdürülebilmesi için overlerde gereken seviyede progesteron üretimi olmalıdır.
- Uygun bir cinsel arzulanım ve davranış şekli olmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi; 2005).

2.3.3. Erkekte Fertilité Koşulları

- Testislerden en azından bir tanesinin döllenmeyi gerçekleştirmeye yeterli miktarda ve normal spermier üretebilmesi gereklidir.
- Duktal sistemin spermier penise taşımak için en azından bir tarafının açık olması gerekmektedir.
- Ereksiyon oluşabilmeli ve ejakülasyon yapılabilmelidir.
- Uygun bir cinsel arzulanım ve davranış şekli olmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi; 2005).

2.3.4. İnfertilite Nedenleri

Kadın ve erkekte infertilite nedenleri geniş bir perspektif oluşturmaktadır. Gebeliğin oluşması, oosit ile spermin sağlıklı bir şekilde üretilip tuba uterinada bir araya gelmeleri, ardından sağlıklı embriyonun uterusu kadar ulaşabilmesi ve endometriyuma implante olması ile gerçekleşmektedir. Gebeliğin bu doğal oluşum süreci fiziksel, sosyoekonomik, psikososyal ve çevresel tüm faktörlerden etkilendiğinden dolayı, bireyin fertilitesi de bu durumlardan etkilenmektedir (Kırca, 2011)

Ancak fertilitayı etkileyen faktörler bunlarla kalmaz. Yaş, koitusun sıklık ve zamanlaması, geçirilen pelvik ameliyatlar, sigara ve alkol tüketimi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, nonsteroid antiinflamatuvarlar, antihipertansif ve antidepresan ilaçlar (Yılmaz, 2012), çevresel ya da mesleğe özgü toksinler de (radyasyon, civa, kurşun, arsenik) fertilitayı etkilemektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Ayrıca koitus esnasında kullanılan lubrikan maddeler, ağır düzey egzersiz, beden kitle endeksi değişimleri, aşırı stres, kronik hastalık öyküleri de fertilitayı etkileyen diğer faktörler arasında sayılabilir (Yılmaz, 2012).

İnfertilitenin kadındaki duygusal nedenleri, tubal spazm, ovulasyonun yapılamaması, seminal sıvının hızlıca atılması ve vajinismustur. Ayrıca bilinçsiz olarak ovulasyon döneminde koitustan kaçınma da diğer bir infertilite sebebidir (Akyüz, 2001).

Erkeklerde psikolojik infertilitenin ana nedeni ereksiyon ve ejakülasyonda oluşan empotanstır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

2.3.5. Kadında İnfertilite Nedenleri

Üç ayrı bölüm olarak incelenmektedir.

2.3.5.1. Ovalatuar Faktör

Kadınlarda en sık görülen infertilite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu hastaların sınıflandırılması endojen östrojen-prolaktin-gonadotropin düzeylerine göre yapılmaktadır (Uğur, 2014).

Grup 1 olgular (hipogonadotropik hipogonadizm) amenore olmuş, endojen östrojenin üretimi yetersiz, endojen FSH seviyesi düşük ve uygulanan progesterondan sonra çekilme kanamasının görülmediği hastalardır.

Grup 2 olgular ovulasyondaki kusurlardır. Polikistik over sendromu (PKOS) ovalatuar faktörde en sık karşılaşılan nedendir. Gebeliği engelleyecek kadar ağır (anovulasyon) ya da hafif derecede (oligoovulasyon) olabilmektedir. Anovulasyona bağlı olan infertilitenin %75 kadarı PKOS ile bağlantılıdır.

Grup 3 olgular primer over yetmezliğidir. Bu olgular primer over yetmezliği, erken menopoza tablosu ya da yaş faktörü şeklinde karşımıza çıkmaktadırlar. İnfertilite tedavilerinde kadının yaşı ana unsurlardan biridir (Uğur, 2014).

2.3.5.2. Tubal ve Pelvik Faktör

Tubalar, spermle oosit arasındaki bağlantının sağlanmasında vazgeçilmez olan yapılardan biridir. Tubal faktör kadın infertilitesindeki %25-30'luk kısımdan sorumludur (Yılmaz, 2012). Bu oranla kadın infertilitesinin ikinci sık nedeni olmaktadır. Fallop tüplerdeki obstrüksiyon enfeksiyondan kaynaklanabilir. Klamidya enfeksiyonları başta olmakla birlikte Pelvik İnflamatuar Hastalık (PID)'ın sıkça geçirilmesi ya da tüberküloz tarzı enflamasyonla seyreden hastalıklar; tubalarda tıkanıklığa, hidrosalpenks ya da tubal işlev bozukluğuna sebep olabilir. Tubalardaki motilitenin endokrin bozukluklardan etkilendiği belirtilmektedir. Bunların dışında bir çeşit pelvik faktör olarak görülen endometriozis tablosunda tubadaki adhezyonlar nedeniyle fallop tüplerinde fonksiyon bozukluğu olabilir. Ağır endometriozis tablosu tubalarda tıkanıklığa neden olabilir. Endometriozis tek etkisi fallop tüplerine olmaz, aynı zamanda over rezervleri ile implantasyon olasılığını da negatif yönde etki etmektedir (Erk ve Günalp, 2007; Uğur, 2014).

2.3.5.3. Uterinservikal Faktörler:

Göreceli olarak infertilideki nadir nedenlerdendir. Uterus anomalileri, doğumsal malformasyonları leiomyomalar ve intrauterin adhezyonlar fertilitiyi negatif yönde etkilemektedir. Fertilitiyi submüköz myomlar anlamlı derecede etkilemektedir. Ayrıca intramural alanda olup 5 cm'den büyük subseroz myomlar da fertilitiyi etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, endometrial poliplerin özellikle 1 cm'den büyük

olanlarının infertilite faktörü olma ihtimali ileri sürülmektedir. Uterin reseptivite anomalileri, bazı hormonal dengesizliklerden kaynaklanabilmektedir. Bu dengesizliklere örnek olarak luteal faz yetmezliği verilebilir (Uğur, 2014).

Servikal mukusun bazı fizyolojik işlevleri vardır. Vajinaya dökülmüş olan ejakülattaki sperm hücrelerini belirleyerek seminal proteinleri ayırır. Normal morfolojisi olmayan spermleri filtreler, biyokimyasal açıdan hazırlar ve spermler için depo görevi yapar. Böylelikle spermlerdeki canlı kalma zamanı ve koitus ile ovulasyon arasındaki zaman uzamaktadır. Enfeksiyon ya da kronik servisit gibi sebeplerle servikal mukus özelliğini kaybedebilmektedir ve bu da infertilite sorunlarına yol açabilir. Ayrıca servikal mukus pH'ının kalite veya yoğunluğunda değişiklikler oluşması da işlevini yerine getirmesini engelleyebilmektedir (Beji, 2009; Uğur, 2014).

2.3.5.3. 1. Endometriozis

Endometrial stomanın ektopik olarak uterusun dışına yerleşmesi endometriozis tablosu olarak tanımlanmaktadır. 1980 yılından bu yana tanısı konulabilmekte olan bu tablonun henüz tam patogenezi açıklanamamıştır (Üner, 2017). Endometriozise özgü net bir semptom olmasa da yorgunluk hissi eklendiğinde endometriozisi düşündürmelidir. Genellikle semptom tablosu; dismenore (%60-80), pelvik bölgede ağrı (%30-50), infertilite tablosu (%30-40), ağrılı cinsel ilişki (%25-40), menstrasyon periyodunda düzensizlikler (%10-20), dizüri ve/veya hematüri (%1-2), rektal kanama şikayetleri (%1) şeklinde bildirilmektedir (Endometriozis Kılavuzu, 2014). İnfertilitede önemli bir risk faktörü oluşturmasının nedeni, overleri negatif yönde etkileyerek batın içinde yapışıklıklar oluşturmasıdır (Üner, 2017).

2.3.6. Erkekte İnfertilite Nedenleri

Tip 1 : Mekanik İnfertilite: Koitusun yetersiz olmasından ya da koitus esnasında eksternal oza kadar ulaşamayan seminal sıvıdan dolayı fiziksel bir sorun mevcuttur. Erkek kaynaklı infertilitenin %1-2'lik kısmını oluşturur. Çoğu hastanın sperm sayımı ve fonksiyonları normaldir, eşin spermiyle gerçekleştirilen İntrauterin İnseminasyon (IUI) prosedürü ile gebelik başarısı elde edilmektedir (Arıcı ve ark., 2006; Gordon ve Speroff, 2003).

Tip 2: Azospermi: En az iki spermiyogramda ejakülatta hiç sperm bulunamaması şeklinde tanımlanır. Erkek kaynaklı infertilite vakalarının %10-15'ini oluşturur (Arıcı ve ark., 2006; Gordon ve Speroff, 2003).

Tip 3: İmmünolojik Sperm Kaplanması: Erkek kaynaklı infertilitenin %5'ini oluşturan bu grupta antikorlara bağlanmış olan spermatozoidlerin normal fonksiyonlarında bozukluklar oluşmuştur (Keskin Gürbüz, 2007).

Tip 4: Anormal Semen Kalitesi: İnfertil erkeklerin ilk değerlendirilmesinde yapılması gereken işlem 4-6 hafta arayla en az 2 spermiyogram bakılmasıdır. Semen örneğinin 3-6 günlük cinsel perhizden sonra verilmiş olması ve en geç 1 saatlik zaman diliminde değerlendirilmesi gerekmektedir (Yumru ve Öndeş, 2011).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Normal Semen Parametreleri

Normal Sperm Parametreleri	DSÖ 1999	DSÖ 2010
Volüm	2,0 ml ve üzeri	1,5 ml ve üzeri
PH	7,2-7,8	7,2-7,8
Sperm Konsantrasyonu	20 milyon/ml ve üzeri	15 milyon/ml ve üzeri
Toplam Sperm Sayısı	40 milyon ve üzeri	39 milyon ve üzeri
Motilite (Hareketlilik)	%50'den fazlası motil	%40'dan fazlası motil
Morfoloji (Şekil)	%14'den fazlası normal morfoloji	%4'den fazlası normal morfoloji
Vitalite (Canlılık)	%50'den fazlası canlı	%50'den fazlası canlı
Lökosit Miktarı	1 milyon/ml'den az	1 milyon/ml'den az

(Üner, 2017)

Spermiyogramdaki üç ana parametreyi oluşturan sayı, hareketlilik ve morfolojide herhangi birinde bozukluk saptanması anormal semen kalitesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu durum erkek faktörlü infertilite vakalarının %80'ini oluşturmaktadır (Keskin Gürbüz, 2007).

Tip 5: Sperm Disfonksiyonu: Spermiyogram değerlendirmesindeki üç ana parametrede (sayı, hareketlilik ve morfoloji) bozukluk olmamasına rağmen sperm fertilizasyonu gerçekleştirilemez. Bu durum tüm infertilite vakalarındaki %10'luk grubu oluşturmaktadır ve açıklanamayan infertilite şeklinde değerlendirilebilmektedir (Keskin Gürbüz, 2007).

2.3.7. Açıklanamayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite ise, sistematik bir infertilite değerlendirmesi sonucunda herhangi bir neden bulunamaması sonrası, nedenlerin dışlanması ile konulan bir tanıdır. Açıklanamayan infertilite tanısı konulması için, normal ovulasyon fonksiyonu, yeterli over rezervi, uterin kavitede patolojik bir sorun olmaması, bilateral tubal açıklık ve normal semen analizi olması gerekmektedir (Mutlu ve ark., 2013; Yassa, 2016). İnsidansı infertil popülasyonda tanı kriterlerine bağlı olarak %15-30 oranında değişmektedir (Işıkcı, 2012).

Olası açıklanamayan infertilite etiyolojileri şunlardır:

- Antagonist serviks sekresyonları
- Erken embriyonel implantasyonda defektif endometrial reseptivite
- Tubalarda anormal siliyal aktivite
- Defektif OPU mekanizması
- Luteinize unrüptüre folikül sendromu
- Ek hormonal anomaliler (luteal faz defekti gibi)
- Oosit ve/veya spermin bozulmuş fertilizasyon kapasitesi
- Endometriozis (minimal ya da orta düzey)
- Çeşitli immünolojik faktörler
- Peritoneal makrofaj aktivitesinde bozulma
- Peritoneal sıvı antioksidan disfonksiyonu (Işıkcı, 2012).

2.4. İNFERTİLİTENİN TANILANMASI

2.4.1. İlk Değerlendirme

İnfertilite tanılmasındaki ilk değerlendirmede amaç infertiliteye neden olan faktörleri belirlemek, prognozunu açıklamak ve yapılan değerlendirmeler sonucunda çifte uygun tedavi seçenekleri sunabilmektir. Çiftlerin beraber değerlendirildiği ilk aşama anamnez ile fizik muayene olmalıdır (Uğur, 2014).

2.4.2. İnfertilitede Kadının Değerlendirilmesi

2.4.2.1. Öykü alma

Kapsamlı bir üreme öyküsü şunları içerir:

- İlk menarş yaşı, menstural siklusunun genel özellikleri,
- Koitus sıklığı,
- İnfertilite süresi, bugüne kadar yapılmış olan tanı işlemleri ve yapılan tedavilerin sonuçları,
- Kontrasepsiyon öyküsü,
- Gebelik öyküsü,
- Genetik ya da endokrin hastalıklara dair tıbbi öyküsü,
- Ektopik gebelik ya da fallop tüplerine müdahale edilen bir cerrahi geçirme öyküsü,
- Apendektomi gibi pelvik cerrahi işlem geçirme öyküsü,
- Klamidya trakomatis, PID gibi pelvik enfeksiyon öyküsü,
- Troid hastalığının semptom varlığı,
- Pelvik ve abdominal ağrılar, disparoni, galaktore ve hirsütizm gibi semptomlar,
- Eşin önceki fertilitate öyküsü,
- Kemoterapiye veya radyasyona maruz kalınması,
- Serviks veya uterusun dietilstilbestrole maruz kalmış olması,
- Geçirilmiş herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık ve ya genital enfeksiyonların semptomları (vajenden gelen akıntı, dizüri, abdominal bölgede ağrı, ateş vb.)
- Ailede konjenital defekt, mental retardasyon ya da bilinen infertilite öyküsü,
- Aileden gelen bazı genetik hastalıklar (orak hücreli anemi, kistik fibrozis, talasemi, tay-sachs hastalığı gibi),
- Sigara ve alkol alışkanlığı, kafein tüketim miktarı, madde kullanımı, egzersiz durumu ve aşırı stres gibi yaşam biçimi davranışları,
- Koitus öncesi ve sonrasındaki uygulamaları (ilişki esnasında lubrikan madde kullanımı, ilişki sonrası vajinal duş yapması gibi) (Teskereci, 2010).

2.4.2.2. Kadında fizik muayene

Kadında fizik muayene şunları içermelidir:

- Beden kitle endeksi,

- Memelerin gelişim durumu ve galaktore,
- Troid bezindeki büyüme, nodül ya da yumuşaklık,
- Akne oluşumu, saçların dökülmesi, hirsütizm ile kliteromegali görüntüsü gibi hiperandrojenizm belirtileri ve kılların dağılımı,
- Üreme organları (gelişim, açıklık, hassasiyet, akıntı varlığı),
- Pelvik ya da abdominal hassasiyet görülmesi,
- Vajinal enfeksiyon belirtileri,
- Serviksin genel değerlendirilmesi (laserasyonlar, erozyon varlığı, polipler, servikal mukus, enfeksiyon belirtileri),
- Uterusun şekil, boyut, pozisyon ve mobilitesi,
- Adneksiyel değerlendirme (overlerin boyutları, kistler, fiksasyonlar veya tümör),
- Endometriozis (Teskereci, 2010).

2.4.2.3. Kadının değerlendirilmesinde kullanılan tanı testleri

Endometriyal Biyopsi, endometriyumdan örnek alınması işlemidir. Yapılma amacı endometriyum ve overlerde, progesteron ile östrojen uyarısına karşın uygun tepki oluşup oluşmadığını anlamaktır. Eğer amaç luteal fazın değerlendirilmesi ise bu uygulama önerilmemektedir. Yapılan kanıta dayalı çalışmalar, gebelik oranının luteal faz yetersizliği tedavisiyle artmadığını belirtmektedir (Erdem, 2012).

İşlemin uygulanacağı hastalara, işlem esnasında ve sonrasında lekelenme, kramp ve pelvik rahatsızlıkların oluşabileceği bilgisi verilmelidir (Teskereci, 2010).

Histerosalpingografi (HSG); tubalardaki tıkanıklıkları %85-100 oranında bir hassasiyetle tanımlayabilen, tubal açıklığı değerlendirmede kullanılan ilk tanı testidir. Siklusun 6-11'inci günlerinde yapılmaktadır (Benli, 2010).

İşlem sonrasında omuz ağrısı oluşabileceği açıklanır. Bu ağrının 12-14 saat içinde azalacağını, pozisyon değişikliği ve önerilecek hafif düzey analjeziklerle de rahatlayabileceğinin bilgisi verilmelidir (Teskereci, 2010).

Laparoskopi yöntemi; tubal ve peritoneal hastalıkların tedavisinde kullanılan en iyi tetkiktir. Bütün pelvis içi organların gözlenmesini sağlar. HSG işleminde fark

edilen ve normal olmayan her bulgu laparoskopi yöntemindeki direkt gözlem sayesinde doğrulanabilmektedir. Normal HSG bulgusu olan kadınlara laparoskopi yöntemi uygulandığında, bunların %20'sinde tuba peritoneal bir hastalık bulunur. Geçirilmiş bir salpenjit öyküsü en önemli faktörlerden biridir. Pelvik yapışıklıklar, tubal tıkanıklıklar ve endometriozis gibi tanı konulmuş olan durumlarda laparoskopi bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir (Benli, 2010). Bununla birlikte, infertilitenin sebepleri standart temel tetkiklerle açıklanamamış her olguda rutin olarak laparoskopi işlemi yapılması bir prosedür olarak gerekli görülmemektedir (Mutlu ve ark., 2013)

Eğer laparoskopi işlemi yapılmaya karar verildiyse, postop dönemde hemşire vital bulguların ve bilinç durumunun takibini yapmalı, aspirasyonun önlenmesi açısından hastayı yakından izlemelidir. İşlem bittikten 4-6 saat sonra kadın taburcu edilir. Taburculuk esnasında kadına operasyonda batın içini şişirmede kullanılan gazın omuzda ağrı ya da subkostal bölgede rahatsızlık oluşturabileceği, bu şikayetlerin 24 saat içerisinde sona ereceği anlatılmalıdır. Kadına reçete edilen ağrı kesicilerinin veya supin pozisyonunun bu rahatsızlıkları azaltabileceği konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca bir hafta yorucu bir aktivite yapmaması ve ağır yük taşımaması gerektiği konusunda da bilgilendirilmelidir (Teskereci, 2010).

2.4.3. İnfertilitede Erkeğin Değerlendirilmesi

2.4.3.1. Öykü alma

Erkekteki infertilite araştırması, öykü ve fizik muayene ile başlamaktadır. Kapsamlı bir üreme öyküsü şunlardan oluşur:

- Daha önce kullanılmış olan doğum kontrol yöntemleri ve babalık öyküsü,
- Ereksiyonda ya da ejakülasyonda sorun olup olmadığı,
- Varikosel, testis ya da herni cerrahisi öyküsü,
- Cinsel istekte azalma ya da seksüel olgunlaşma öyküsü,
- Sigara ve alkol bağımlılığı ile kafein alım miktarı,
- Kokain, marihuana, etanol vb. kullanımı,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme öyküsü,
- Kabakulak nedenli orşit, kriptorşitizm ve testislerde bir travma öyküsü,
- Antihipertansif kullanım öyküsü,

- Kemoterapi ya da radyoterapi tedavisi almış olma öyküsü
- Yüksek ısıya maruziyet (inşaat işinde çalışıyor olma, sıcak banyolar) veya yakın zamanda ateşli bir hastalık geçirme durumu.

2.4.3.2. Erkeklerde fizik muayene

Erkeğin fizik muayenesi şunları içermektedir:

- Genel sağlık durumu,
- Beden kitle indeksi,
- Kılların dağılımı,
- Memelerde jinekomasti veya akıntı varlığı,
- Fimozis olup olmadığı,
- Üretral meatusun yerleşim durumu, hipospadias veya epispadias açısından gözlemlenmelidir,
- Varikozel olup olmaması,
- Vas deferensin, epididimisin ve testislerin şekil ve yoğunluk durumu.

2.4.3.3. Erkeğin değerlendirilmesinde kullanılan tanı testleri

Bu değerlendirmede öncelik noninvaziv testlere verilmelidir. En önemli test ise semen analizidir. Erkek ejakülasyon yoluyla sperm örneğini toplayacağı kabın spermid içermeyen temiz bir kap olması konusunda bilgilendirilmelidir. Ejakülasyondan sonraki yarım saat içerisinde örneğin laboratuvara ulaşmış olması ve taşınması esnasında aşırı ısı ve soğuğa maruz kalmaması gerektiği konusunda eğitim verilmelidir.

Erkeğin değerlendirilmesi spermiyogram dışında FSH (Folikül Stimulan Hormon), LH (Luteinizan Hormon), testosteron, progesteron, prolaktin analizleri ve ultrasonografi de kullanılmaktadır. Hemşire tüm tanı testleri ile ilgili erkeğe bilgi vermeli ve testlerin endikasyonlarını açıklamalıdır (Teskereci, 2010).

2.5. İNFERTİLİTE TEDAVİSİ

İnfertilite tedavisinde kullanılan yöntemler, cerrahi tedavi, ilaç tedavisi ve üremeye yardımcı tedavilerdir.

2.5.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi prosedürler kadında infertilite sebebi olan etkenlerin tedavi edilmesinde kullanılmaktadır (Kara, 2011). Uterin ve tubal anomaliler bunların başında gelmekle birlikte, PID nedenli oluşan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi ile tedavi edilmektedir (Taşkın, 2007; Arbağ, 2015). İnfertilite sebebi kronik enfeksiyonlardan kaynaklanan skar doku adezyonları ise; genellikle açık cerrahi kullanılır (Erdem, 2012). HSG çoğunlukla tubalardaki tıkanıklıkları tanımlamada kullanılan bir yöntem olsa da bazen tıkanıklıkların açılmasında da kullanılabilir (Kara, 2011).

Erkek faktörlü İnfertilitede ise en sık kullanılan yöntem varikosele cerrahi müdahale şeklinde olup, spermlerdeki motilite, dansite ve morfolojide olumlu değişimler yaparak gebelik oranlarını artırdığı belirtilmektedir (Kara, 2011).

2.5.2. İlaç Tedavisi

Ovulasyon indüksiyonu (ilaç tedavisi), hormon ve bunun gibi ilaçlar hem kadına hem de erkeğe uygulanabilir. Sperm kalitesinin artırılması, ovulasyon indüksiyonu, endometriyumun hazırlanması ya da var olan gebeliğin desteklenmesi gibi durumlarda ilaç tedavi protokolleri kullanılmaktadır (Aktürk, 2006).

İnfertilitede kullanılan ilaçların güçlü olmasından dolayı bazı durumlarda ovaryan hiperstimülasyona sebep olabilmektedirler. Bunun önlenmesi açısından dozların ayarlanması, günü gününe ultrasonla overlerin takibinin yapılması ve östradiol düzeyinin izlenmesi önem arz etmektedir. Hemşirenin uygulanan ilaçların şekli, dozları, beklenen yanıtları, olası etki ve yan etkileri ile ilgili çifte anlayabilecekleri şekilde bilgi vermesi gereklidir. Tedavide birden fazla oosit salınıp fertilize olabilmekte ve bu da çoğul gebelik oluşma ihtimalini artırmaktadır (Cahill and Wardle, 2002; Kara, 2011; Erdem, 2012).

2.5.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

Üremeye yardımcı tedavilerde kullanılan teknikler; İntrauterin inseminasyon (IUI), Gamet Intra Fallopiyan Transfer (GIFT), Zigot Intra Fallopiyan Transfer (ZIFT), İn Vitro Fertilizasyon (IVF)-Embriyo Transferi (ET) ve Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)'dur. Bunların dışında sperm elde edilmesi veya fertilizasyon

amacıyla uygulanan teknikler; Zona delinmesi (Assited Hatching), Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA), Testiküler Sprem Aspirasyonu (TESA), Subzonal Sperm Enjeksiyonu (SUZI), Parsiyel Zona Diseksiyonu (PZD)'dur (Yılmaz, 2012).

2.5.3.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

IUI, erkeğin spermelerinin kadının genital yolları içerisine bırakılması işlemidir (Arbağ, 2015). Kendi doğal siklusunda ya da ovulasyonun sağlanması için overlerin ilaç prosedürleri ile stimüle edilmesi sonrasında folikül çapları 18 mm civarına ulaştığı esnada ovulasyonu tetiklemek için kadına HCG (Human Koryonik Gonadotropin) uygulanır. Uygulamanın 36. saatinde daha önce özel bir takım işlemlerden geçirilip hazırlanmış olan spermler, özel kateterler yardımıyla intrauterin kaviteye uygulanır (Karanisoğlu ve Yazıcı, 2009; Arbağ, 2015).

IUI için endike oluşturan gruplar, nedeni açıklanamayan ve erkek faktörlü infertilite, servikal mukus bozuklukları, dispareni, endometriozis, kombine non-tubal infertilite faktörleri, psikojenik süksüel disfonksiyon olarak sayılabilir (Gezginç ve ark., 2004).

Teoride belirlenen bir sınırlama olmasa da kadının yaşı ve infertilite süresi göz önünde bulundurularak bu prosedürün 5-6 kezden daha fazla denenmesi önerilmemektedir. Denemeler gebelik başarısını getiriyorsa başka prosedürlere geçilmelidir (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017).

2.5.3.2. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)

IVF yöntemine alternatif bir yöntem olsa da nadir olarak kullanılmaktadır. Fertilizasyon olasılığını artırmak için gametleri doğal ortamlarına yerleştirme arzusu ile oluşmuştur. Kapasite edilmiş spermler ile stimüle edilmiş yumurtalar birlikte, laparoskopi yöntemiyle bir fallop tüpünün ampullasına yerleştirilir. İleri yaş vakalarında uygun olmayan bir yöntem olmakla birlikte, tubal fonksiyonu normal olan endometriozis vakalarında uygulanabilen bir yöntemdir (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017). Ayrıca PID, ektopik gebelik ve tubal hastalık öyküsü varlığında iyi bir tedavi yöntemi değildir (Aktürk, 2006; Teskereci, 2010; Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

2.5.3.3. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)

IVF ile GIFT yöntemlerinin kombine eden bu prosedür, spermilerin yumurtaya bağlanma sorunu olduğunda kullanılır. Rutin prosedürle oluşmuş zigotlar yaklaşık 18-48 saatin sonunda laparoskopik yöntemiyle fallop tüplerinden en rahat ulaşıp en iyi görünümüne yerleştirilir ve sonrasında embriyo uterin kaviteye ilerler. ZIFT, serviks konjenital hipoplazisi ya da servikal atrezi gibi servikal kanal geçişini zorlaştıran durumlarda ve servikal ışın tedavisi öyküsü olan hastalarda kullanılabilen bir yöntemdir (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017). Bu prosedürün infertil kadın hastaya uygulanabilmesi için fallop tüplerinden en az biri açık olması gerekmektedir. GIFT ve ZIFT yöntemleri invaziv ve maliyeti yüksek tedaviler olduklarından IVF'e göre daha az tercih edilmektedirler (Teskereci, 2010; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Uğur, 2014).

2.5.3.5. In Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi (IVF-ET) ve İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

Ovulasyon indüksiyonunun ardından, toplanan oositlerin medyum solüsyonu içerisinde spermle fertilize edilmesi ve gelişen embriyonun bir katater yardımıyla ultrason eşliğinde uterusu yerleştirilmesidir (Çavuşoğlu, 2015). Siklus başına yaklaşık başarı oranı %20 olan IVF, yardımcı üreme teknikleri arasında en çok kullanılanıdır (Arıcı, 2012).

IVF Endikasyonları:

- Tubal faktör ve peritoneal faktör
- Endometriozis
- Açıklanamayan infertilite
- İmmünolojik infertilite
- IUI uygulanmış başarısız olgular (Dikencik, 2001; Erk ve Günalp, 2007).

IVF-ET işleminde izlenen prosedürler:

- a. Ovaryan Stimülasyon- Ovulasyon İndüksiyonu
- b. Oosit toplanması (OPU)
- c. Sperm ile fertilizasyon ya da ICSI
- d. Embriyo transferi

e. Gebeliğin tespiti (Dikencik, 2001; Erk ve Günalp, 2007).

a. Kontrollü Ovaryan Hiperstimülasyon (KOH) - Ovulasyon İndüksiyonu:

Anovulatuvar sikluslarda foliküllerin gelişimini çeşitli ajanlarla uyarabilmek ve ovulasyonu gerçekleştirebilmek için kullanılan bir prosedürdür. Ayrıca günümüzde ovulasyon olduğu durumlarda foliküllerin gelişimini ve ovulasyonun zamanını yönetebilmek, gametlerin bir araya gelme şansını artırmak ya da birden fazla folikül gelişiminin yakalanabilmesi amaçlı kullanılmaktadır (Bayram, 2015).

Tedavi başlangıcı genelde siklusun 2. veya 3. günü olmaktadır. Bir yandan ultrason izlemi yapılırken, planlanan tedavi çerçevesinde foliküllerin olgunlaşması için gereken ilaçlara ve dozlarına bu doğrultuda karar verilir. Her overin ilaçlara verdiği farklı yanıt nedeniyle folikül gelişimi değişiklik gösterse de, düzenli ilaç almayı gerektiren bu süreç ortalama 10-12 gün sürebilmektedir. Tedavinin ilk günlerinde ultrason takiplerine pek sık ihtiyaç duyulmaz. Ancak foliküller istenilen çaplara yaklaştıktan sonra sayı ve büyüklükleri yakından takip edilir. Ayrıca endometrium kalınlığı ve yapısı da embriyonun yerleşebilmesi açısından sık kontrol edilmektedir. Hedeflenen folikül çap büyümesi oluştuktan sonra oositlerin toplanması işlemi aşamasına geçebilmek için HCG enjeksiyonu planlanır (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017).

KOH Amacı ile Kullanılan Ajanlar

- Gonadotropin Releasing Hormon Agonistleri (GnRH-a)
- Gonadotropin Releasing Hormon Antagonistleri
- Klomifen Sitrat (CC)
- Human Menepozal Gonadotropin (HMG)
- Saf Folikül Stimulan Hormon (P FSH)
- Recombinant Folikül Stimulan Hormon (rec- FSH)
- Human Koryonik Gonadotropin (HCG) (Akyüz, 2001; Keskin Gürbüz, 2007).

KOH Protokolleri

IVF prosedürüyle başarılımış ilk doğum, spontan bir ovalatuar siklusta sadece bir oosit geliştirilip tek bir embriyonun transfer edilmesiyle gerçekleşmiştir. Fakat bu şekilde izlenen prosedürün başarı şansı düşüktür. Bu yüzden klinisyenler artık sayıca çok folikülü uyumlu bir şekilde geliştirebilecek ovaryen stimülasyon prosedürlerini benimsemektedirler. Kontrollü over stimülasyonunun tanımı da; overlerden olması gereken kalitede ve ideal sayıda oosit elde edebilmek için o siklusta fazlaca folikül olgunlaştırılmasıdır. İlk kez uygulandığı 1970'li yıllardan bugüne, IVF tedavisindeki ayrılmaz parçalardan birini oluşturmuştur. Düşük over rezervli olgularda over yanıtını daha iyi hale getirebilmek, oosit kalitesini yükseltmek, canlı doğum elde edilme şansını artırmak ve ovaryan hiperstimülasyon görülme riskini düşürebilmek amacıyla farklı stimülasyon protokolleri oluşturulmuştur (Gürgeç ve ark., 2017).

KOH süreçleri özetle şu basamakları içermektedir:

- Süperovulasyon amacıyla HMG, FSH ve recFSH kullanılması,
- Gonadotropinlerin siklusun 2. ya da 3. gününde kullanıma başlanması ile foliküler olgunlaşma, sayım ve çap ölçümlerinin ultrason ve E2 seviyesi takipleriyle değerlendirilmesi (Keskin Gürbüz, 2007),
- Foliküller olgunlaşıp istenilen çaplara ulaştığında, 34-36 saat içinde kadına ovulasyon için HCG verilmesi (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017).

KOH amaçlı kullanılan protokoller, normal over cevaplı ve düşük over cevaplı olgularda farklı planlanmaktadır.

Normal over cevaplı olgularda kullanılan luteal long protokolde (uzun protokol); GnRH-a ajanı bir önce gelen siklusun 21. gününde supresyon amaçlı başlanır. Sonra gelen siklusta gonadotropinler 3. günde eklenerek oosit stimülasyonu desteklenir (Gordon and Speroff, 2003; Keskin Gürbüz, 2007).

Düşük over cevaplı olgularda kullanılan mikrodoz protokolünde ise bir önce gelen siklus boyunca kadına oral kontraseptif kullanılarak bunun arkasından 3 gün boşluk verilir. 3 günlük aranın peşinden GnRH-a başlanarak HCG verilme gününe kadar bu sürdürülür. GnRH-a kullanımının 3. gününde FSH ve HMG, oosit olgunlaşmasını stimule etmek amaçlı tedaviye eklenir (Gordon and Speroff, 2003;

Arıcı ve ark., 2006; Keskin Gürbüz, 2007). Eğer kısa protokol tercih edilecekse, kadının siklusunun 2. gününde GnRH-a başlanır. Takip eden 6. günde verilen doz yarısına indirilip bu şekilde HCG verilme gününe kadar sürdürülür. Siklus 3. günde de gonadotropinler tedaviye katılırlar (Keskin Gürbüz, 2007). PKOS tanısı olan ve anovulasyon görülen kadınlarda klomifen sitrat protokolü kullanımı yaygındır. Siklusun 3. gününde tedavi amaçlı kullanımına başlanıp, 5 gün boyunca bu şekilde sürdürülmektedir (Keskin Gürbüz, 2007).

Hem düşük over cevaplı hem normal cevaplı olgularda kullanılan antagonist protokolünde ise siklus 3. günde stimülasyon amaçlı gonadotropinler başlanır. Önde giden folikül 14 mm çapa kadar olgunlaştığında ya da 6 gün sonrasında tedaviye antagonistler dahil edilir (Arıcı ve ark., 2006; Keskin Gürbüz, 2007).

b. Oosit Toplanması (Oosit Pick Up - OPU):

İşlem folikül çaplarının 16 ile 20 mm civarına ulaşmasının ardından yapılan HCG enjeksiyonununun 34-36. saatlerinde, intravenöz sedasyon altında ve transvaginal ultrason ile uygulanmaktadır (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017). Transvaginal prob yardımıyla her bir foliküle girilip 100 mmHg negatif basınç yardımıyla foliküldeki sıvı, iğne aspirasyonu ile çekilir (Arbağ, 2015). Komplikasyon görülme oranı düşük olmakla birlikte en sık rastlanan komplikasyonlar, işlem için girilen lateral forniks bölgesinde kanama, pelvik abse, mesane, bağırsak yüzeyinde ve damarlarda yaralanmalar şeklindedir (Erk ve Günalp, 2007).

Kadın oosit toplama işlemiyle birlikte, erkekte de ejakülasyon ile sperm alınır. Ejakülatta eğer sperm bulunamamışsa sperm elde edebilmek için TESA (Testiküler Sperm Aspirasyonu), TESE (Testiküler Sperm Ekstraksiyonu), PESA (Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu) ve MESA gibi cerrahi müdahalelere başvurulur (Çavuşoğlu, 2015).

OPU işlemindeki hemşirelik yaklaşımları

- Uygulanacak olan HCG'nin kullanım amacı, tam dozu, etki ve yan etkileri, uygulanma şekli gibi bilgiler tam olarak anlatılır (Durgun Ozan, 2009; Beji, 2009; Yılmaz, 2012). OPU işlemi HCG uygulamasından yaklaşık 36 saat sonra yapılmaktadır (Sakıncı ve ark., 2011).

- İşlemin nasıl yapılacağı ve nerde olacağı konusunda hasta aydınlatılır.
- Gece 12'den sonra aç kalacağı ve gaz yapıcı besinler almaması gerektiği anlatılır.
- Eşinden de sperm alınacağı için en az 3 en çok 5 günlük cinsel perhiz yapmış olarak kendisiyle birlikte merkeze gelmesi gerektiği açıklanır.
- Anestezi yapılacaksa işlemden önce anestezi hekimi tarafından muayene edileceği söylenip gerekli birime yönlendirilir.
- İşlemden hemen önce idrarını yapması ve mesanesinin boş olması gerektiği anlatılır.
- Prosedürde kullanılacak olan ve bu işleme özel bir katater olduğu bilgisi verilir.
- İşlem sonrası enfeksiyon ihtimaline karşı antibiyotik başlanacağı için çiftin gerekli ilacı önceden hazır etmesi sağlanır.
- Çiftlerin bu prosedürle ilgili soruları cevaplandırılır, endişeleri paylaşarak ihtiyaç duydukları psikolojik destek sağlanır (Durgun Ozan, 2009; Beji, 2009; Yılmaz, 2012).

OPU Esnasında ve Sonrasında Yapılacak İşlemler

- Prosedürle ilgili genel bir açıklama yapılır. İşlem anında ufak bir rahatsızlık duyabileceği, bunun dışında çoğunlukla bir ağrı yaşanmadığı anlatılır.
- İşleme başlamadan önce damar yolu açıklığı sağlanır. Hekimin istediği analjezik ve sedatif ajanlar bu yoldan uygulanır.
- Hasta masaya alınırken mahremiyeti ön planda tutulur.
- İşlem boyunca soruları cevaplandırılarak hasta bilgilendirilir ve desteklenir.
- İşlem bittikten sonra hasta; kanama, bağırsak hasarı ve kanama gibi oluşabilecek komplikasyonlara karşı yakından gözlemlenir.
- Koruyucu amaçlı başlanacak olan antibiyotiğin etkileri ve ne kadar kullanılacağıyla ilgili çift aydınlatılır.
- Diğer taraftan erkeğe özel bir kap verilerek mastürbasyon yoluyla sperm örneğini bu kaba toplaması gerektiği açıklanır.
- Daha sonra erkekten alınan sperm hücreleri ile kadından toplanan yumurta hücrelerinin laboratuvarında belli işlemlerden geçtikten sonra sağlıklı

olanların özel bir kültür ortamına alınarak dölleme işlemine geçileceği anlatılır (Durgun Ozan, 2009; Yılmaz, 2012).

c. Sperm ile Fertilizasyon veya ICSI:

Mikroskop altında en kaliteli olan tek bir spermin alınarak, oositin zona pellusidasına enjekte edilmesidir. Fertilizasyonun gerçekleşmesi için tek bir sağlıklı sperm yeterlidir. Özellikle nedeni açıklanamayan infertilitede ve anormal semen parametrelerine sahip erkek infertilitesinde önemli rol oynamaktadır. Dölleme oranlarına etkisi %50 ve üzerinde bildirilmektedir (Üner, 2017). Ejekülat hiç olmayan durumlarda (aspermi), ejekülat içerisinde spermin bulunmadığı durumlarda (azoospermi) ya da ender bulunduğu durumlarda spermleri bulabilmek için kullanılan cerrahi müdahaleler sayesinde ulaşılan spermlerle ICSI yapılabilir. (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017).

Doğal süreçte ejakülasyon ardından servikal mukus içerisinde ileri doğru hareket eden spermler, immotil spermlerden ve seminal plazmadan sıyrıldıklarından, kapasitasyon sağlanmış olur. Fertilizasyon amacıyla erkekte mastürbasyon yoluyla alınan spermlerde dölleme yeteneği yoktur. Semen labratuara ulaştığında likefiye olmasını sağlamak amacıyla özel bir kaba alınır. Spermler seminal plazmadan ayrıştırılır (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017). Ardından spermler medium solüsyonuna bırakılırlar, bu solüsyon yüksek düzeyde protein içerdiğinden dolayı spermlerde kapasitasyon sağlanır. Genel prosedürde bir oosit ile 50-100 bin kadar hazırlanmış hareketli sperm inkübatör denilen ve 37°C sıcaklığa, %5 CO₂ ve %98 nem oranına sahip makinalara alınarak dölleme bölünmeleri beklenir (Çavuşoğlu, 2015; Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017)

d. Embriyo Transferi

Transfer için 3. , 4. veya 5. gün embriyoları seçilebilir. Zamanlamaya karar verilirken olgunun genel özellikleri ve embriyoların durumu göz önünde bulundurulur (Akyüz, 2001; Duvan ve ark., 2003; Hassa, 2004).

Birden fazla fertilize embriyo elde edilebilmiş ise genel durumu en iyi olanlar transfer için seçilir. Transfer olacak embriyolara karar verebilmek için embriyolar

bölünürken gelişimlerine ve morfolojik özelliklerine göre değerlendirmeler yapılarak bir derecelendirme oluşturulur (Keskin Gürbüz, 2007).

Embriyo transferi işlemi kolay, ağrı vermeyen ve anesteziye ihtiyaç duyulmayacak bir prosedürdür. Steril şartlarda yapılması gerektiğinden ameliyathane ortamı gerektirmektedir. Hasta litotomi pozisyonuna alınır ve spekulum takıldıktan sonra collum temizlenir. Özel bir kateter içine alınmış olan embriyolar bu kateter yardımı ile servikal kanaldan geçerek uterus içerisine ultrason eşliğinde bırakılır. İşlem bitiminden sonra hastanın yarım saat kadar dinlenmesi sağlanır. Bundan daha uzun süreyle yapılan istirahatlerin transfer sonuçlarını etkilemediği bilinmektedir (Ak, 2001; Akyüz, 2001; Aksu ve Demirtaş, 2004).

Ülkemizde 2005’de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ÜYTE yönetmeliğine göre en fazla 3 embriyo transferi yapılabilmesi esası vardı. Kadın yaşı ya da embriyoların kalitesi gibi tıbbi zorunluluk durumlarında ise üçten daha fazla sayıda embriyo transferi gerçekleştiren hekim, gerekçelerini beyan etmek zorundaydı. Ancak bu yönetmelik 06.03.2010 tarihinde değiştirildi. Anne ve çocuk sağlığı açısından ciddi risk oluşturan ve istenmeyen bir durum olan çoğul gebelikleri önlemek için, rutin ovulasyon indüksiyonlarıyla ikiden fazla folikül geliştirilmemesi amaçlanmıştır. Yönetmelikteki bu değişimle, kadın 35 yaşa kadar ilk ve ikinci denemelerinde bir adet embriyo, üçüncü ve sonrakilerde iki adet embriyo, kadının yaşının 35 üzeri olduğu denemelerde de en fazla iki adet embriyo transferi gerçekleştirilebilecektir (Resmî Gazete, 2010).

Embriyo Transferi İşlemindeki Hemşirelik Yaklaşımları:

- Çift işlem hakkında bilgilendirilir. Transfer için anestezi alınmasına gerek olmadığı, kolay ve ağrı duyulmayan bir prosedür olduğu açıklanır.
- Kadın masaya alınıp litotomi pozisyonu verilirken mahremiyeti korunur.
- Vajenin işlem için temizlenmesi gerektiği söylenir. Vajen serum ile yıkanacağı, ardından serviks ağzının steril kuru bir çubuk yardımıyla temizleneceği açıklanır.
- Sonraki aşamada serviksin tenekulum denen bir aletle tutulması gerektiği ve bu yapılırken gevşemek için derin bir nefes almasının faydalı olacağı anlatılır.

- Transfer sonunda kateterde embriyo kalmadığından, hepsinin uterus boşluğuna verildiğinden emin olmak için kateterin işlem sonrası mikroskopta embriyoloji laboratuvarında kontrol edileceği ve kendisinin bu yüzden verilen pozisyonda bir süre kalması gerektiği anlatılır (Beji, 2009).
- Transfer esnasında ve sonrasında kadın kanama ihtimaline karşı gözlemlenir ve işlem bittikten sonra birkaç saat üniteye sırt üstü dinlenmesi sağlanır (Durgun Ozan, 2009; Yılmaz, 2012).

e. Gebelik Tayini

Transferin yaklaşık 12 gün sonrasında, BhCG (Beta Human Koryonik Gonadotropin) testi yapılarak gebelik oluşup oluşmadığına bakılır (Beji, 2009). Gerek siklus boyunca LH baskılama amacıyla kullanılan ilaçlar gerekse OPU işleminde granüloza hücrelerinin aspirasyonu, luteal fazda defektlere neden olmaktadır. Bunlardan dolayı implantasyona yardım edebilmek için luteal destek verilmelidir. BhCG testi yapılan kadar luteal destek devam etmelidir. Test sonucu pozitif gelirse yaklaşık 8 hafta kadar bu desteğe devam edilir; negatif sonuç alınırsa destek bırakılır (Demirci ve Kızılkaya Beji, 2017).

2.5.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Komplikasyonları

Yardımla üreme tedavileri, klinik açıdan ve cerrahi müdahale açısından bakıldığında kolay işlemler görünmelerine rağmen, bazen ciddi komplikasyonlar oluşturabilmektedirler. Bu nedenle, yakından izlem ve dikkatli bir yaklaşım gerektirmektedirler.

Bu komplikasyonlar ve görülme sıklıklarına baktığımızda, yardımcı üreme tekniklerinin en ciddi komplikasyonu sayılabilecek olan OHSS (Overyan Hiperstimülasyon Sendromu) karşımıza %0,5 -5 oranında çıkabilmektedir (Beji, 2009; Uğur, 2014). Kanama komplikasyonu ise, OPU işleminde vajinal damarlara ponksiyon ile yapılan direkt travmalar sebebiyle minör düzeyde oluşabilir ve görülme oranı %1,4 – 18,4'tür (Braat et al., 2010). Enfeksiyon görülme sıklığı %0,2 – 0,5 olup, vajinal kanamalardan sonra rastlanabilen bir komplikasyondur. Karında ağrı, ateşin yükselmesi, dizüri ile vajinal akıntı gibi belirtiler görülebilecek diğer komplikasyonlardandır (Beji, 2009; Uğur, 2014).

Son yıllarda YÜT'nin daha fazla kullanılır hale gelmesiyle çoğul gebeliklerin görülme oranları artmıştır. Doğal gebeliklerde %1 oranında çoğul gebelik görülürken, bu oran IVF gebeliklerde yaklaşık %30'dur (Beji, 2009; Uğur, 2014). IVF gebeliklerde abortus görülme oranı ortalama %25 olup, %18-28 oranlarında değişmektedir ve bu oran doğal yolla oluşmuş gebeliklerin abortusla sonuçlanma oranından farksızdır (Akyüz, 2001; Keskin Gürbüz, 2007). Ayrıca IVF/ICSI tedavilerinin %1 civarında ektopik gebelikle sonuçlanma riski vardır. Tubal gebelik ise, en sık rastlanan ektopik gebelik şeklidir (Akyüz, 2001; Aksu ve Demirtaş, 2004; Keskin Gürbüz, 2007).

2.6. İNFERTİLİTENİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİNDEKİ CİNSİYET FARKLILIKLARI

İki cins arasında infertiliteye verilen tepkiler açısından ciddi farklar mevcuttur. Kadınlar rahatsızlıkları hakkında konuşmaktan çekinmezken, erkekler mevcut olandan daha az sorun yaşıyormuş gibi davranış sergilerler. Kadınlar infertiliteyi kişiselleştirip, kadınlık rolünün artık değersiz olduğunu düşünmektedir ve etiketlenmeye maruz kaldıklarına inanırlar. Psikolojik bir kayıp duygusu hissederler ve özgüvenlerinde de azalma olur. Ayrıca infertil taraf eşi de olsa kendisi de olsa, kadınlar daha fazla suçluluk hisseder ve sorumluluğu daha fazla üstlenirler. İnfertilite, erkek faktörlü çıksa bile kadınlar kendi fertilitite durumları konusunda şüphe duymaya devam etmektedirler. Erkekler infertilite tanısı aldıklarında hayal kırıklığı yaşasalar bile değersizlik duygusu hissetmemektedirler. Kadınlar yas reaksiyonunu, gebelik deneyimini yaşayamadıkları ve çocuk sahibi olamadıkları için yaşarken; erkekler ise artık biyolojik olarak baba olma yetenekleri olmadığı için yaşarlar. Kadınlarda öncelik çocuk istemiyken, erkeklerde ön plana çıkan sahip oldukları erkeklilik rolünü üstlenmek ve ebeveyn olarak sosyal baskıdan kaynaklanan yaptırımın erkek üzerindeki zorlayıcılığıdır (Beji, 2009)

2.6.1. İnfertilitenin Kadın Üzerindeki Etkileri

İnfertilitenin sebep olduğu psikolojik stresin, erkeklere oranla kadınları daha fazla etkisi altına aldığı bildirilmektedir. Kadın bireyler anksiyete ve depresyonu daha fazla yaşamaktadırlar (Peterson et al., 2007).

Kadınlar hayatlarında yaşanan en üzücü dönemin infertilitenin tanı ve tedavi süreci olduğunu belirtmektedirler. Öyle ki; hipertansiyon, kalp krizi, kanser ve HIV

(+) geçiren kadınlarla; infertil kadınların anksiyete ve depresyon skorlarının aynı seviyede olduğu gösterilmiştir (Domar et al., 1993).

2.6.2. İnfertilitenin Erkek Üzerindeki Etkileri

İnfertil eş rolünü kadının sırtlanmasından da anlaşılacağı üzere erkekler kadınlardan çok daha az sosyal desteğe başvurmaktadırlar. Erkeğin bu durumdaki gizliliği de onda daha çok stres yaratan bir faktör olabilir (Yanık Tok, 2005).

Erkeklerin çoğunluğunda infertiliteye karşı tutum kadınların genelinden farklılık göstermekte, genel olarak soğukkanlılık hali korunmaktadır. Çocukluk döneminde erkeklerin ağlamayacağı ve hep cesur olması gerektiği yönündeki şartlandırılmalar yüzünden erkeklerin hayal kırıklığı ve üzüntü gibi hislerini göstermeleri zorlaşır. Eşleriyle aynı hisleri paylaştıklarını ifade etmeye çekinirler (Yanık Tok, 2005). Toplumda erkeğin infertil olması ile iktidarsız olması arasında bir bağlantı olduğuna dair yanlış bir kanı olmasından dolayı, erkeğin infertilite tanısı alması küçük düşürücü bir olaymış gibi kabul edilir (Yıldırım ve Hassa, 1995).

2.7. İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK YÖNÜ

2.7.1. İnfertilite Krizinin Evreleri

İnfertilite tanısı ile karşılaşan her birey veya çift belli evrelere ayrılan, umulmayan ve zorlu bir yolculuğa başlamaktadır. Bu yolculuk, Kubler-Ross'un ölen kişilerin aileleriyle yapılmış çalışmalarla ortaya koyduğu yas tutma süreçleriyle aynıdır.

Bu evrelerden ilki şok, şaşkınlık ve inanmama evresidir. Şok evresinin sonrasını yadsıma (inkar) evresi takip eder. Bunu izleyen evre ise kızgınlık ve anksiyetedir. İnfertilite tanısı alan birey, eşinin onu terk edeceği endişesini yaşamaktadır. Kadın artık kendini değersiz ve eksik hissetmektedir. Erkek ise kendine atfedilen erkek olma, güçlü ve kudretli olma özelliklerinin yok olup gittiğini düşünmektedir.

Bu hisleri takip eden öfke evresidir. Birey hem kendisine ve eşine karşı hem de kendi aileleri ve çevrelerine karşı öfke beslemektedir.

Daha sonra kontrol kaybı evresi ortaya çıkar. Çifte yöneltilen sorular ve yapılan bütün tetkikler, şahısların özel hayatlarını üçüncü kişilerle paylaşmak demek olduğundan, özel hayatlarının ihlal edilmekte olduğunu hissederler. Kadınlar hamile olan arkadaşlarından kaçınır ve paylaşımlarının azaldığına inanarak kendilerini yalnızlaştırır.

İnfertil çifti bekleyen diğer evre ise suçluluk evresidir. Birey, eşinin annelik-babalık duygusunu yaşamasına kendisinin engel olduğunu düşünerek suçluluk hisseder. Aileden ve kültürden kaynaklanan baskılar, bu duyguların üzerine eklenir ve çiftler cezalandırıldıkları gibi bir düşünceye kapılırlar. Artık her şey önemini kaybetmiştir, günlük hayatlarından zevk almamaya, ilgi ve isteklerini kaybetmeye başlarlar. Bu evrede bazı çiftler depresyon da yaşayabilmektedirler.

Sağlıklı olan çiftler çözümlenme evresine doğru ilerlerler. Yadsıma yerini gerçeklere bırakır, böylece tedavi alternatiflerini aramaya çabalarlar. Daha barışçıl hareket ederek hem birbirleriyle hem de çevreleriyle tekrar iletişim kurarlar (Akdeniz ve Gönül, 2004; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

İnfertilite krizindeki evreler terminal dönem hastaların yakınlarındaki yas sürecine benzemekle birlikte, burada ölümcül bir hastalıkla tehdit edilen yaşam söz konusu değildir. İnfertilitede tehdit altında olan unsurlar yaşam kalitesi ve evlilik düzenidir. Ayrıca ölümcül hastalık söz konusu olduğunda insanlar yakınlaşır ve bir arada olurlarken, infertilite bunun zıddını ortaya çıkartarak çiftleri birbirlerinden ve çevrelerinden uzaklaştırmaktadır (Akdeniz ve Gönül, 2004; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013) (,6).

Blenner ise infertilite krizini farklı bir şekilde ele almıştır. 25 infertil çiftle yapılan çalışma ile Blenner infertilite krizini 8 aşamada evrelendirmiştir:

- Olayı fark etme: Bir sorun olduğu anlaşılır.
- Gerçekle karşı karşıya kalma: “Bu neden benim başıma geldi?” sorusunu sorar.
- Ümit ve kararlılık: Tedavinin başlangıcıdır.
- Tedavi sürecinin yoğunlaşması: Yaşamın merkezi tedavidir.

- Kısır döngüye giriş: Tedavi sonuçları olumsuz gelince mutsuzluk ortaya çıkar.
- Tedaviye devam kararı: Yaşamın adil olmadığı düşünülür ve tedavilere gitmeye devam edilir.
- Tedaviyi bırakma: Çabaları sonuç vermediğinde çift vazgeçebilir.
- Odağı değiştirmek: Yas tutmak, karşılaşılan duruma boyun eğmek, çocuksuz bir hayatı kabullenmek ya da evlat edinme niyetine girmek gibi çözümlerden biri uygulanabilir (Atay, 2017).

2.7.2. Anksiyete

Bilinçli benliğimizle algıladığımız ve kavradığımız bir durum olarak, bilinmeyen bir tehlide otonom sinir sistemimizin tepki vermesiyle, bireyin gergin ve endişeli bir ruh hali hissetmesidir. Anksiyeteyi herkes yaşayabilir ve anksiyete insanın algı ve düşüncesini engelleyen evrensel bir histir. Kişide bir iç sıkıntı oluşturur ve bunu tanımlamak zordur.

Çoğunlukla bir tehlike habercisi, oluşabilecek tehditlere karşı bir uyarıcı ve koruyucu olan anksiyete, bilinmeyi ve belirsizlikleri arama çabasıdır. Tehlikelere karşı kişinin hissettiği gerilim ve huzursuzluktur (Öz, 2010).

Spielberger et al. (1970), anksiyetede iki farklı kavramdan bahsetmişlerdir. Sürekli anksiyete kalıcıdır ve anksiyeteye olan yatkınlıkta kişisel bir farklılıktır. Durumluk anksiyete ise geçici ve anlık olarak yaşanır; stresli duruma karşı duygusal bir reaksiyondur (Yiğitoğlu, 2009).

2.7.2.1. Durumluk Anksiyete

Stres, baskı ve sorun gibi belirtileri olan, telaş halinde bir duygu durum şeklinde tanımlanmaktadır (Spielberger, 1966). Çevresel bir stres faktörü yüzünden oluşan, genelde mantıklı bir alt yapıya sahip olan, diğer kişilerin de sebebini anlayabildikleri ve içinde bulunulan durumla alakalı bir anksiyete türüdür (Öner ve Le Compte, 1998). Ayrıca Spielberger subjektif karar alma süreçlerinin sonrasında oluşan stres ve baskı hislerinin yoğun bir şekilde duyumsanması halini doğurduğunu bildirmektedir (Spielberger, 1966).

Bu şekilde tanımlanan anksiyetede, ortada stres sebebi olan bir uyarıcı ve de onun yarattığı farklı baskılar oluşmakta; bu da bireyde rahatsızlıklara neden olmaktadır. Anksiyetede kişi kendisini üzgün, endişeli ve diken üstündeymiş gibi görmektedir. Durumluk anksiyeteye, müsabaka öncesi sporcuların yaşadıkları genel ruh hali örnek verilebilir. Bu çeşit bir anksiyete halinde olan sporcular müsabaka sonunda da hala aynı duygu durumunda olduklarını ifade edebilmektedirler. Bu türden bir anksiyete sorunu olan kişiler, genelde karakter yapıları nedeniyle bu durumu yaşamaktadırlar (Spielberger, 1966).

Durumluk anksiyete halinde otonom sinir sistemi içerisinde oluşan uyarılma sebebiyle bireyde terleme, sararma ve titreme gibi fizyolojik durumlar oluşabilmektedir. Durumluk anksiyete ve stres arasında doğru yönlü bir ilişki mevcuttur. Kişiler yoğun stres yaşadıkları zamanlarda durumluk anksiyeteleri fazlaşır, stres etkeni ortadan kaybolduğunda da durumluk anksiyeteleri azalır. Bu anksiyete çeşidi her insanın hayatının bir döneminde yaşayabileceği, tehlikeler karşısında ortaya çıkan anksiyete türüdür (Arabul, 2017).

2.7.2.2. Sürekli Anksiyete

Anksiyetesi çok olan bireylerde görülen, bireyin anksiyete yaşantısına karşı bağımlılığı şeklinde de adlandırılan bir ruh hali çeşididir. Tehdit olarak algılanan tehlikeli durumlarda kişi, devamlı bir anksiyete tepkisi göstermektedir (Arabul, 2017).

Mevcut özellikleri sebebiyle kronik anksiyete olarak adlandırılabilen sürekli anksiyetenin temeli, çevresel tehditlerden gelmez; içten temellidir. Kişi etrafı tehlikelerle dolu olarak algılar ve bundan dolayı da, sürekli anksiyete seviyesi fazla olan kişiler hızlı bir şekilde karamsarlığa düşüp mutsuz olurlar (Arabul, 2017).

Spielberger'e göre sürekli anksiyete nitelikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Durumluk anksiyeteye kıyasla durağandır ve süreklilik arz eder.
- Şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişkenlik gösterir.
- Seviyesi anksiyeteye eğilimli kişilik yapısından etkilenir.
- Her bireyin sürekli anksiyete seviyesi diğerinden farklı düzeyde olacağından, algılanan tehdit ve bireyin bunu yorumlayış şekli de değişiklik gösterecektir (Arabul, 2017).

Diğer insanların gözlemleriyle, sürekli anksiyete bireyin tutum ve davranış şekliinden anlaşılabilir. Kişide bazı farklı durum ve zamanlarda ortaya çıkan durumluk anksiyete tepkilerinin yoğunluk ve süresinden dolayı bir çıkarım yapılabilir (Öner ve Le Compte, 1998).

Sürekli anksiyete durumu, adeta kişiye atfedilmiş bir nitelik gibidir. Bazı durumlarda daha az bazı durumlarda yoğun olarak baş gösterse de bireyde hep anksiyeteli olma hali yaşanmaktadır. Yüksek düzeyde sürekli anksiyete yaşayan bu insanlar bir tehlike halinde uç tepkiler verebilirler. Çevreleri tarafından bu mantıksız bir durum olarak algılanır çünkü içinde bulunulan koşullarla örtüşen bir olay örgüsü yoktur. Bu bireyler rutin işlerinde aksaklıklar yaşayabilirler. Ayrıca odaklanma problemleri, eğitim yaşantısında başarısızlıklar, sosyal yaşamdan uzaklaşan içe kapanık bir ruh hali oluşabilir (Arabul, 2017).

2.7.2.3. Anksiyete Düzeyleri

Hafif Anksiyete: Minimal bir gerilim mevcuttur ki bu enerjinin artmasına sebep olur. Tüm duyular alarm durumundadır ve kişinin kavrama alanı oldukça genişlemiştir. Kişi bu durumda hem kendisinin ilgilerine hem de çevresine karşı daha bir duyarlı ve katılımcıdır. Bütün olarak konsantre olabilme ve mantık yürütme yetisi vardır. Böylece, bu kaygı düzeyinde bireyin etkin bir problem çözme becerisine sahip olduğu söylenebilir (Öz, 2010; Güneştaş, 2011).

Orta Anksiyete: Birey daha gergin ve daha dikkatlidir. Bir önceki kaygı düzeyine kıyasla kavrama alanı daralmıştır. Çevresel ayrıntıların pek farkında olamasa da, kendisi açısından önemli olaylara dikkat etme yeteneğindedir. Bu sebepten dolayı önemli ayrıntılar daha az unutulur ya da pek önemsenmez. Kısa süreli de olsa olaylar karşısında etkin bir şekilde mantık yürütebilir veya problemleri çözebilir. Bu evrede bazı kişiler rahatsız olabilir ancak bazı kişiler de rahatsızlık yaşamadan uzun sürelerde dahi eylemlerde bulunabilir ve etkin bir biçimde problem çözerler (Öz, 2010; Güneştaş, 2011).

Şiddetli Anksiyete: Kavrama alanında ciddi ölçüde daralma söz konusudur. Kişi ayrıntılarda boğulduğundan çevresinde yaşananları net olarak algılayamaz. Farkında olduğu ayrıntılar arasında da neden sonuç bağlantısı kuramaz. Kaygısının

giderek tırmandığının farkında değildir; hissettiği gerilimin neden olduğu rahatsızlıkla baş etmekte güçlük çeker. Bu aşamada kişi, artık profesyonel bir müdahale gerekecek olan bir sorun şeklinde düşünülmelidir (Öz, 2010; Güneştaş, 2011).

Panik Anksiyete: Kişinin kavrama alanı artık iş göremez haldedir. Ayrıntılarla ilgilenmeye çabalasa da olaylar arasında bağıntı kuramaz ve çevresinde olup bitenleri kavrayamaz. Artık düşünce alanı sistemsizdir ve davranışlarda anormalleşme gözlemlenir. Bu aşamadaki insan korkar, kendini ezilmiş hissetmektedir ve kriz aşamasına gelmiştir (Öz, 2010; Güneştaş, 2011).

Kısacası anksiyete normal sayılan sınırlar içerisinde kişinin benliğinin korunması açısından olumlu olabilirken aşırı düzeylere çıkan anksiyete ise düşünceler ve davranışların olumsuz etkilenmesine yol açan ve istenilmeyen bir durumdur (Arabul, 2017).

2.7.3. Depresyon

Depresyon, sahip olduğu biyoloji, genetik; tedaviye alınan yanıt ve seyrettiği prognoz açısından karmaşık ve heterojen özellikleri olan bir duygu durumudur. Belirtileri ise metabolizmayla ilgili, motivasyonel ve duygusal/bilişsel alanlarda ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler; karamsarlık, uyku düzeni ve iştah bozuklukları, somatik belirtiler, genel doyumсузлук, benliğe ilişkin negatif hisler, kaçma ve çekilme, sevgi ve ilgi kaybı, olumsuz beklentiler, benlik saygısında azalma, ağlama nöbetleri, kendini eleştirme ve suçlama, umutsuzluk, karar vermede zorluklar, motivasyon kaybı hatta intihar düşünceleridir (Ak, 2001; Onrat, 2018)

Depresyon, kişiyi zorlayan yaşam olayının ne şekilde olduğuyla alakalı olarak kriz durumlarında da ortaya çıkabilmektedir. Bazı bedensel hastalıklara tepki olarak görülebildiği gibi, intihara meyil durumlarında hayatı ağır şekilde tehdit edebilecek bir problem şeklinde de ortaya çıkabilir. Bilişsel süreçler depresyon şiddetinin değişiminde önemli role sahiptir. Depresif bireyde, depresyon şiddetlendikçe kişinin negatif düşüncelere ve olumsuz yaşantılara yönelmesi kolaylaşır (Akyüz, 2001).

Depresyon çoğunlukla, kayıp gibi hoş olmayan yaşamsal olaylara karşı verilen ve kriz durumlarında meydana gelen bir tepkidir. İnfertilite, çiftler açısından yaşamsal bir krizdir ve bu çözülemediğinde depresyon ile yas görülür (Ak, 2001).

Depresyon infertilitede karşılaşılan yaygın bir tepkidir. İnfertil olunması nedeniyle gerçekleşmeyen hayaller, diğer insanlar tarafından anlaşılama duygusu ve çevreden gelen baskılar depresyona sebep olabilmektedir. İnfertilite süresi ve tedavi prosedürleri uzadıkça kişilerin depresyon seviyeleri yükselir ve şiddetli depresyon semptomları ortaya çıkar (Ak, 2001).

İnfertil kadınlarda, fertil olan kadınlara kıyasla depresif sendrom özelliklerine daha sık rastlanır, görülme oranları %80'lere kadar yükselebilmektedir. Ayrıca psikoz ve kişilik bozukluğu da infertil kadın grubunda daha sık rastlanan tanılardır hatta fertil kadınlarla infertil kadınlar karşılaştırıldığında intihar olgusuna rastlama oranının iki kat fazla olduğu bildirilmiştir (Ak, 2001).

2.8. İNFERTİLİTE TEDAVİSİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

İnfertilite tedavisinde verilen hemşirelik bakımının amacı, tedaviye başlayan her çifti biyopsikososyal bir yaklaşımla değerlendirip, tespit edilen sorunlara yönelik bakım sunmaktır (Keskin ve Gümüş, 2014). İnfertilite merkezinde çalışan hemşirenin, tedavi için merkeze başvuran çiftlere değerli ve saygı değer bireyler olduklarını hissettirerek bakım vermesi ve tedavilerini profesyonelce uygulaması önemlidir. İnfertilite tedavisine başvuran çift rahat bir ortamda hislerini anlatabilecekleri ve onları dinleyecek birilerine gereksinim duymaktadırlar (Teskereci, 2010). İnfertilite hemşireliği çiftlerin psikolojik ve sosyal durumlarına önem veren, tüm tıbbi ve cerrahi işlemlerde bakımı üstlenen, poliklinik odasından ameliyathaneye kadar uzanan geniş bir süreçtir. İnfertilite tedavisinde eşlerin psikolojik, fiziksel ve sosyal durumlarını anlamak, bu alanlardaki problemleri ve gereksinimleri belirlenerek bunlara gereken bakımı sağlamak, hemşirelik bakımındaki genel amaçtır (Kamacı, 2003; Yanikkerem ve ark., 2008; Uğur, 2014).

İnfertilite hemşirelerinin görevleri kısaca şöyle özetlenebilir;

- Bireye/çifte infertilite ya da herhangi bir konuda gereksinim duydukları bilgiyi sunmak.
- Birey/çift, aile ve klinik ekip arasındaki koordinasyonu sağlamak.
- Bireyi/çifti tedavi sürecinin öncesi, tedavi süreci ve sürecin bitiminde desteklemek (Demirci ve Beji, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı-kesitsel tipte ve prospektif olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde Kasım 2017- Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama işlemleri 11/2017 – 04/2018 tarihleri arasındaki 6 aylık süreçte yapılmış olup, ikinci ölçümlerin tamamlanması ve gebelik takiplerinin sonuçlanmasıyla veri toplama işlemleri 07/2018 tarihinde bitirilmiştir.

Kütahya ilinde tüp bebek merkezi olmaması nedeniyle, araştırma için Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi seçilmiştir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı bu merkez, Eskişehir ili dışında Afyonkarahisar, Kütahya ve Bilecik illerinden yoğun hasta potansiyeline sahip, bölgenin en büyük tüp bebek merkezi olması sebebiyle tercih edilmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü merkezde 2 uzman hekim, 2 embriyolog, 1 laborant, 3 hemşire, 1 bakım destek personeli çalışmakta ve 24 saat anestezi uzmanı hizmet vermektedir. Ayrıca merkez bünyesinde psikolojik danışman bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne 6 ay boyunca başvuran açıklanamayan infertilite tanısı konmuş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş ve üzerindeki yaşayan çocuğu olmayan çiftler oluşturmaktadır.

Hastane kayıtlarına göre, Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde 2016 yılı içerisinde IVF tedavisi uygulanan çift sayısı 951'dir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde açıklanamayan infertilite insidansı infertil popülasyonda tanı kriterlerine bağlı olarak %15-30 oranında değişmektedir (Işıkcı, 2012).

Bununla birlikte, Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi 2016 yılı kayıtları incelenmiş olup, tedavi uygulanan toplam 951 hastanın (çiftin) yaklaşık 4’de 1’ine (%25) açıklanamayan infertilite tanısı konmuş olduğu tespit edilmiştir. Bu verilere göre, 2016 yılı içerisinde yaklaşık 240 çifte açıklanamayan infertilite tanısı konulduğu belirlenmiş olup 6 ay için bu sayı 120 hastaya (çifte) tekabül etmektedir. Örneklem büyüklüğünü saptamada araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için G Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. F testi analizi için orta düzeyde etki büyüklüğü ($\eta^2=.06$), (%80 istatistiksel güç, 0.05 alfa değeri dikkate alınarak %95 güven aralığında toplam 76 kişiye ulaşılması gerektiği bulunmuştur (Faul et al., 2007). Ancak örneklem kaybetme olasılığı düşünülerek ve araştırmanın gücünü artırmak amacıyla örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan tüm çiftler araştırmaya alınmıştır. Araştırmada, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, örneklem seçilme yoluna gidilmemiştir.

Bu nedenle araştırmaya, çalışmaya katılmayı kabul eden 120 çift dâhil edilmiştir. Ancak bu çiftlerden 13’ünün embriyo transferi aşamasına kadar gelememesi, 5 çiftin de tıbbi olmayan gerekçelerle tedaviyi yarıda bırakması sebebiyle 102 kadın, 102 erkek 204 kişiyle çalışma tamamlanmıştır (Bkz. Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Çalışma Gruplarının Dağılımı

Grup	n	%
Normal (çalışmaya dahil edilen çiftler)	102	85,0
Embriyo Transferi Yapılamayan	13	10,8
Tedaviyi Bırakan	5	4,2

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak, kadınlarda 35 yaş ve altı olmak
- Açıklanamayan infertilite tanısı almış olmak
- Yaşayan çocuk sahibi olmamak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Mental retardasyonun olması
- Herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olma
- Kronik bir hastalık tanısı olan ve buna yönelik tedavi görenler

- Psikolojik destek alan kişiler (Psikolog, antidepresan vb.)

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler: Tedavi öncesi ve OPU günü ölçülen anksiyete ve depresyon skorları

Bağımlı Değişkenler: Gebelik sonucu

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın sınırlılığı örneklem grubunun sadece araştırmanın yürütüldüğü merkeze açıklanamayan infertilite tanısı ile başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uygun olan çiftlerden oluşuyor olması ve tek bir tüp bebek merkezinde yapılmış olmasıdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir.

Araştırma sürecinde, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırmaya katıldıktan sonra çalışmadan ayrılmak isteyen ya da OPU gününde ölçekleri doldurmayı reddeden hastalar olmuştur. Ayrıca, 5 çift tıbbi olmayan gerekçelerle tedaviyi yarım bırakmış ve 13 çift de ET aşamasına kadar gelememiştir. Bu durumlar araştırmacının hedeflenen vaka sayısına ulaşma süresini uzatmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada verilerin toplanmasında; Veri Toplama Formu (EK 1), Vaka Takip Formu (EK 2), Spielberger Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-I, STAI-II) (EK 3) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK 4) kullanılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.6.1.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan bu form, çiftlerin sosyodemografik ve ailesel özellikleri, sigara ve alkol alışkanlıkları, çocuk sahibi olma istekleri, çocuk sahibi olamamalarının yarattığı etkileri, planlanan tedaviyle ilgili duygu ve düşünceleri ile infertilite öykülerini içeren 25 sorudan oluşmaktadır (Oğuz, 2004; Yanık Tok, 2005; Keskin Gürbüz, 2007; Yahşi, 2010; Uğur, 2014; Eğin, 2016).

3.6.1.2. Vaka Takip Formu

Tedavideki gelişmeleri ve süreci izleyebilmek açısından araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form, tedavinin ilerleyişine ilişkin bilgiler, folikül takibi, spermiyogram sonuçları, elde edilen oosit sayıları, HCG uygulanma zamanı, OPU ile ET tarihleri ve gebelik sonucu gibi bilgilerden oluşmaktadır.

Bu forma çiftin tedavi başlangıcı gününde yapılan rutin muayene ve tetkikler sonucunda elde edilen folikül çap ve sayıları, endometrium kalınlığı, başlanan KOH protokol ve dozları, erkeğin spermiyogram sonucu kaydedilmiştir. Ayrıca erkekten aynı gün kontrol amaçlı sperm örneği alınmış ertesi gün bu yeni sonuç öncekiyle kıyaslanarak forma kaydedilmiştir.

Ayrıca tedavinin ilk gününden OPU gününe kadar olan süreçte uygulanan protokol sonucu elde edilen foliküller ile ovaryen cevap bu formla takip edilmiştir. HCG uygulanma tarih ve saati, OPU randevusunun zamanlaması gibi önemli tarihler bu formla izlenmiştir. OPU gününe gelindiğinde ise ulaşılan oosit sayısı, erkekten bu günde alınan spermiyogram değerleri ve sağlıklı bir embriyoya ulaşıp ulaşılmadığı bilgisi embriyoloji labratuarından alınarak bu forma kaydedilmiştir. ET randevu zamanlaması, BhCG tahlili için kadının kan vermesi gereken tarihin kaydı ve en son olarak da alınan gebelik sonucu bu forma kaydedilerek gerekli bilgiler tamamlanmıştır.

3.6.1.3. Spielberger Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI- I, STAI- II)

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory) 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberger et al. tarafından geliştirilmiştir. Toplamda 40 maddelik ve 4'lü likert tipte olan ölçeğin ilk 20 madde durumluk anksiyete seviyesini belirlerken, ikinci 20 madde sürekli anksiyete seviyesini belirlemektedir (Akyüz, 2001; Yahşi, 2010; Durgun Ozan, 2013).

Durumluk anksiyeteyi ölçeği olan ilk 20 madde; belli bir an ve belirli koşullar içinde bireyin yaşadığı durumla ilgili olan duygularını göz önünde bulundurarak, bireyin kendisini nasıl hissettiğini yine kendisinin tarif etmesini gerektirir. Bunun için dört farklı grupta olan cevap şıkları (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamiyle

şeklindedir (Akyüz, 2001; Durgun Ozan, 2013; Çakır Güngör ve ark., 2015). Ölçeğin bu kısmında on tane ifade tersine dönmüş ifadelerden oluşmaktadır. Bunlar 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20'nci maddelerdir. Diğer ifadeler ise doğrudan olan ifadelerdir. Hesaplama doğrudan ifadeler toplam puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkartılmasının ardından, önceden saptanan ve değişmeyen bir değer olan 50, bu puana eklenerek bireyin durumluk anksiyete puanı elde edilmesi şeklinde yapılır (Akyüz, 2001; Durgun Ozan, 2013).

Sürekli anksiyete ölçeği olan ikinci 20 madde ise bireyin genelde kendisini nasıl hissettiğini kendisinin tarif etmesini gerektirir. Ölçeğin bu kısmındaki cevap şıkları ise yine 4 tane olup, (1) Hemen hemen hiçbir zaman, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Hemen hemen her zaman şeklindedir (Akyüz, 2001; Durgun Ozan, 2013; Çakır Güngör ve ark., 2015). Ölçeğin bu kısmında tersine dönmüş olan ifade sayısı yedidir. Bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39'uncu maddelerdir. Doğrudan ifadelerden elde edilen toplam puandan tersine dönmüş ifadelerden elde edilen toplam puan çıkartılıp, önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer olan 35 bu sonuca eklenerek, bireyin sürekli anksiyete puanı bulunur (Akyüz, 2001; Durgun Ozan, 2013).

Hem durumluk hem de sürekli anksiyete ölçeğinde 4'er adet olan cevap seçeneklerinin ağırlık değerleri 1 ile 4 arasında değişir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları ifade ederken tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları temsil etmektedir. Doğrudan ifadelerde 4 ağırlık değerine denk gelen şıklar yüksek kaygıyı ifade eder. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 ağırlık değerine denk gelen ifadeler 4'e, 4 ağırlık değerine denk gelen ifadeler ise 1'e dönüşür (Akyüz, 2001; Durgun Ozan, 2013)

Ölçek toplamından alınan büyük puan yüksek anksiyete seviyesini, küçük puan düşük anksiyete seviyesini ifade eder. Her iki ölçekten de alınan puanlar kuramsal olarak 20-80 arasında değişmektedir. (Akyüz, 2001; Yahşi, 2010; Durgun Ozan, 2013; İslimye Taşkın ve ark., 2016).

Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği'nde; 0-19 puan: Anksiyete yok, 20-39 puan: Hafif anksiyete, 40-59 puan: Orta anksiyete, 60-79 puan: Ağır anksiyete, 80 Puan: Şiddetli anksiyete (Panik) olarak değerlendirilmektedir (Akyüz, 2001; Yahşi, 2010; Durgun Ozan, 2013) (EK 3).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1974-1977 yılları arasında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Akyüz, 2001; Yahşi, 2010; Durgun Ozan, 2013). Öner ve Le Compte'nin yaptığı güvenilirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Durumluk Anksiyete Ölçeği için 0,94-0,96 değerleri arasında, test-tekrar test güvenilirlik sayısı çeşitli uygulamalarda 0,26-0,68 arasında bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeği için alfa güvenilirlik katsayısı çeşitli uygulamalarda 0,83-0,87 arasında, test-tekrar test güvenilirlik sayısı ise çeşitli uygulamalarda 0,71-0,86 arasında bulunmuştur (Güneştaş, 2011).

Çalışmamızda Cronbach Alfa güvenilirlik değerleri Durumluk Anksiyete Ölçeği için kadınlarda tedavi öncesi 0,815; OPU günü 0,703'tür. Erkeklerde tedavi öncesi 0,863; OPU günü 0,862'dir. Test-tekrar test değerleri kadınlarda 0,876; erkeklerde 0,926 bulunmuştur. Ayrıca, Sürekli Anksiyete Ölçeği için Cronbach Alfa güvenilirlik değeri kadınlarda 0,794; erkeklerde 0,746 olarak bulunmuştur.

3.6.1.4. Beck Depresyon Envanteri (BDI)

Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory), depresyonda rastlanan vejetatif, motivasyonel, duygusal ve bilişsel semptomları ölçmeye yarayan bir ölçektir. Ölçeğin kullanım amacı bir depresyon tanısı koymak değil olası depresyonun belirtilerini sayısal değerlerle anlamlandırarak objektif bir bakış getirmektir. 21 madde depresyona has davranışsal örüntüleri belirleyen kendini değerlendirme cümlesinden oluşan bu ölçek, azdan çoğa doğru (0-3) ilerleyen 4 seçeneğe sahiptir (Hisli, 1989).

Beck Depresyon Envanteri'nin Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, 1961 yılında geliştirilmiş olan ve 1980 yılında Buket Tegin Erkal tarafından Türkçe'ye uyarlanan Beck Depresyon Ölçeği'dir. İkincisi ise 1978 yılında geliştirilmiş 21 maddelik Beck Depresyon Envanteri'dir. 1978 formu, Nesrin Şahin Hisli tarafından 1988'de Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Eğin, 2016). Çalışmada ölçeğin 1988'de Hisli tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan formu kullanılmıştır.

Beck Depresyon Envanteri'nde; 0-10 puan: Depresyon yok, 11-17 puan: Hafif düzey depresyon, 18-29 puan: Orta düzey depresyon, 30-63 puan: Şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir (Eğin, 2016; Turgay, 2017) (EK 4).

Ölçeğin 1988'de Hisli tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışması sonucunda Cronbach Alpha iç tutarlılık değerinin 0,74 olduğu belirtilmiştir (Hisli, 1988; Eğin, 2016).

Araştırmamızda Cronbach Alpha Değerleri; kadınlarda tedavi öncesi yapılan ölçümler için 0,79; OPU günü yapılan ölçümler için 0,81 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise tedavi öncesi yapılan ölçümler için 0,79 ve OPU günündeki ölçümler için de 0,77 olarak bulunmuştur. Test-Tekrar Test Değerleri ise kadınlarda 0,743; erkeklerde 0,836 olarak bulunmuştur.

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3.6.2.1. Ön Uygulama Aşaması

Anket formlarındaki soruların anlaşılabilirliği, formların doldurulması için gereken sürenin belirlenmesi ve çiftlerle görüşme yapılacak fiziki ortamın uygunluğunun belirlenmesi için form ve ölçekler örnekleme dahil olmayan 10 çifte uygulanmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında formların anlaşılır olduğu belirlenmiş ve değişikliğe gidilmeden mevcut olan formların kullanılmasına karar verilmiştir. Ayrıca görüşmeler için seçilen fiziki ortamın yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Anketlerin doldurulması için gerekli olan süre ise yaklaşık 15-20 dakika olarak belirlenmiştir.

3.6.2.2. Uygulama Aşaması

Araştırma, Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne IVF tedavisi için başvuruda bulunan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, merkez tarafından açıklanamayan infertilite tanısı (semen analizi, ovulasyonun objektif kanıtları, normal uterin kavite ve tubal açıklık gibi tüm standart elemanların normal çıkması) alan çiftlerle yürütülmüştür.

Araştırmada veri toplama tekniği olarak ekte sunulan anketler (EK 1, EK 3, EK 4) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çiftlerin

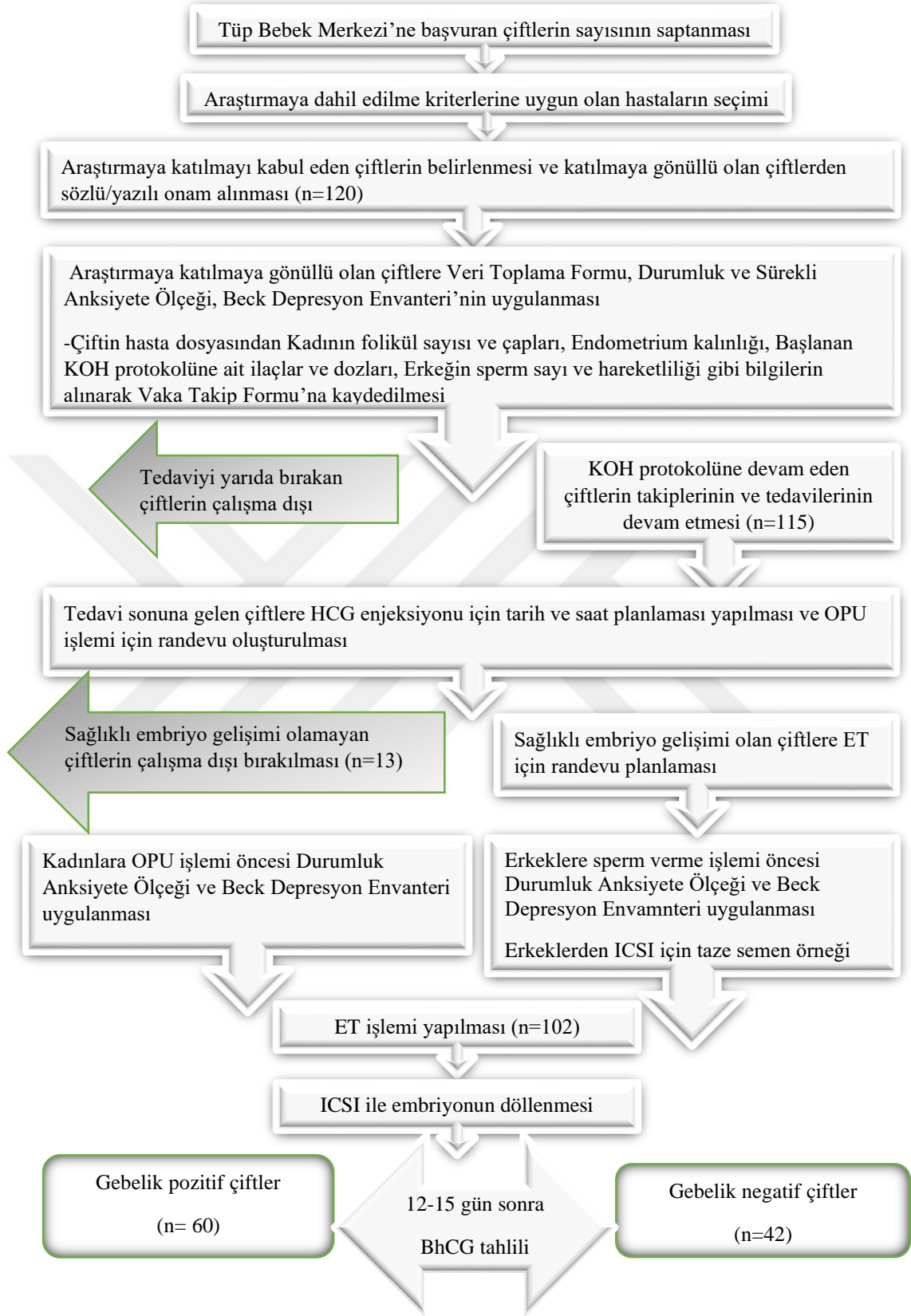
verdikleri cevapların birbirinden etkilenmemesi amacıyla önce kadın sonra erkek olmak üzere görüşme odasında ayrı ayrı tamamlanmıştır.

Her kadına antagonist kısa protokol uygulanmış ve erkekten alınan sperm ile yapılan ICSI işlemiyle birlikte, 5. gün embriyosu transfer edilmiştir.

Araştırmanın uygulaması iki aşamadan oluşmaktadır. Erkeklerden ve kadınlardan, tedavi başlangıç günü ile yumurta toplama ve sperm alma gününde olmak üzere iki farklı zamanda veriler toplanmıştır.

1.Aşama: Çiftler araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul edenlere onam formları imzalatılmıştır. Tedavinin başlangıç gününde kadın ve erkeğe ayrı ayrı Veri Toplama Formu (EK 1), Spielberger Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK 3) ve Beck Depresyon Envanteri (EK 4) uygulanmıştır. Vaka Takip Formu'na (EK 2), KOH protokolü ile ilgili gerekli bilgiler, foliküllerin durumu ve erkeğin spermiyogram sonuçları gibi veriler kaydedilip bu form araştırmacı tarafından tedavi bitimine kadar sürecin takibi ve kayıt edilmesi için kullanılmıştır.

2. Aşama: Yumurta toplama ve sperm verme işlemi için merkeze gelen çiftlere, işlemlerin hemen öncesinde Spielberger Durumluk Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Aynı zamanda erkeğin ICSI için alınan sperm örneği verileri ve kadının toplanan oosit sayısı bilgileri de embriyoloji laboratuvarından alınarak Vaka Takip Formu'na kaydedilmiştir. Ayrıca tedavinin son aşamasına gelindiğinde embriyo transferi ve gebelik sonuçları gibi bilgiler hasta dosyalarından temin edilerek veri toplamanın son aşaması tamamlanmıştır. Araştırma verileri 11/2017 – 07/2018 tarihleri arasındaki 9 aylık sürede toplanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırma Sürecinin Uygulama Şeması

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 25.0 veri analiz programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise frekans (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında çarpıklık ve basıklık değerleri temel alınmış ve histogramlar incelenmiştir. Buna göre araştırmada bütün verilerin normal dağılım sınırları içinde olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar için grup sayısı iki olan durumlar için bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmıştır. İki'den fazla olan gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tekrarlayan ölçümler için ise bağımlı gruplar t testi ve tekrarlayan ölçümler varyans analizi kullanılmıştır. Tekrarlayan ölçüm ve gruplar arası karşılaştırmalara bakmak için Mix Anova testi kullanılmıştır. Varyansların homojenliği için Levene testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin ortaya konulması için ise Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter olarak kabul edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.2.'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Kategorik ve sürekli değişkenlerin tanımlanması	Ortalama \pm standart sapma Frekans (%)
Ölçek puanlarının homojenliğinin karşılaştırılması	Levene testi
Kategorik değişkenlerin ve infertilite tedavi durumlarının karşılaştırılması	Çapraz frekans tabloları ve ki kare
Sürekli değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesi	Pearson Korelasyon analizi
Gruplar arası karşılaştırmalar	Bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi
Tekrarlayan ölçümler için	Bağımlı gruplar t testi ve tekrarlayan ölçümler varyans analizi
Ölçüm zamanları ve gruplar arası değişimlerin aynı anda karşılaştırılması	Mix ANOVA

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu (ATADEK) etik kurulundan izin alınmıştır (36/10/2017 tarihinde Toplantı No: 2017/16 Karar No: 2017-16/12) (EK 5).

Eskişehir Acıbadem Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'nde çalışmanın yapılabilmesi için Hastanenin Mesul Müdür/Başhekimliğinden gerekli yazılı izin alınmıştır (11/10/2017 tarihinde Sayı: 1738) (EK 6).

Verilerin toplanması için, çalışmaya başlamadan önce hastane yönetimi ve ilgili birim sorumluları ile görüşülerek sözel izinleri alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği'nin izni, ölçeğin Türkçe 'ye uyarlamasını yapan Sayın Necla Öner'den alınmıştır (EK 7).

Araştırmada kullanılan Beck Depresyon Envanteri'nin izni, ölçeğin Türkçe' ye uyarlamasını yapan Sayın Nesrin Hisli Şahin'den alınmıştır (EK 8).

Araştırmanın amacı hakkında çiftlere bilgi verilerek araştırmayı kabul eden çiftlerden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK 9).

4. BULGULAR

IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmanın bulguları verilmiştir.

4.1. ÇİFTLERİN SOSYO - DEMOGRAFİK VE AİLESEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.1. Çiftlerin Sosyo - Demografik ve Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik ve Ailesel Özellikler	Kadın (n=102)		Erkek (n=102)	
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Yaş	28,58±3,92	21,00-35,00	31,72±3,91	25,00-46,00
	N	%	N	%
Yaş Grubu				
18-25	27	26,5	2	2,0
26-35	75	73,5	81	79,4
36-45	0	0,0	18	17,6
≥46	0	0,0	1	1,0
Eğitim				
İlkokul	8	7,8	10	9,8
Ortaokul	20	19,6	10	9,8
Lise	25	24,5	30	29,4
Yüksekokul / Fakülte	49	48,0	52	51,0
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	44	43,1	100	98,0
Çalışmıyor	58	56,9	2	2,0
Gelir Düzeyi				
Gelir Giderden Az	13	12,7	10	9,8
Gelir Gidere Denk	65	63,7	66	64,7
Gelir Giderden Fazla	24	23,5	26	25,5
Yaşadığı Yer				
Köy	4	3,9	4	3,9
İlçe	21	20,6	21	20,6
İl	48	47,1	45	44,1
Büyükşehir	29	28,4	32	31,4
Evlilik Şekli				
İsteyerek	81	79,4	81	79,4
Görücü Usulü	21	20,6	21	20,6
Evlilik Süresi				
1 Yıl	6	5,9	6	5,9
1-5 Yıl	72	70,6	72	70,6
6-10 Yıl	20	19,6	20	19,6
11 Yıl Ve Üstü	4	3,9	4	3,9
Sigara				
Evet	20	19,6	61	59,8
Hayır	82	80,4	41	40,2
Alkol				
Evet	3	2,9	31	30,4
Hayır	99	97,1	71	69,6

Kategorik Verilerin Frekans Dağılımı

Tablo 4.1’de çiftlerin sosyodemografik ve ailesel özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre kadınların %73,5’i 26-35 yaş grubunda olduğu, büyük çoğunluğunun (%48) yüksekokul/fakülte mezunu ve %56,9’u ev hanımı olduğu, %63,7’sinin gelir durumunun gider durumuna denk olduğunu ifade etmekte ve %47,1’i ilde yaşamaktadır.

Çalışmaya dahil olan erkeklerin ise %79,4’ü 26-35 yaş grubunda olduğu, büyük çoğunluğunun (%51) yüksekokul/fakülte mezunu, hemen hemen hepsinin bir işte çalışmakta olduğu, %64,7’si gelir durumunun gider durumuna denk olduğunu ifade etmekte ve %44,1’i ilde yaşamaktadır.

Çiftlerin %79,4’ünün evlilik şekillerinin isteyerek olduğu, %70,6’sının 1-5 yıldır evli oldukları görülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların %80,4’ünün sigara kullanmadığı, %97,1’inin alkol kullanmadığı; erkeklerin ise, %59,8’inin sigara kullandığı, %69,6’sının alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.

4.2. ÇİFTLERİN İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2 ’de çiftlerin infertilite öykülerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan çiftlerin infertilite öykülerine ilişkin özellikleri incelendiğinde %43,1’inin infertilite tedavisi alma süresinin 1 yıldan az olduğu ve %85,3’ünün ilk IVF denemesi olduğu görülmektedir.

Çalışmaya dahil olan kadınların %40,2’sinin 1-2 yıldır çocuk istediği, %70,6’sının çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve %96,1’i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak olduğunu ifade ettiği, %73,5’inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %62,7’si çevresiyle tüp bebek tedavisine başladığını paylaştığı, paylaşmayan kadınların ise %15,7’sinin insanlar soru sorduğunda stresi arttığı için paylaşmadığını, % 54,9’u başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmektedir.

Tablo 4.2. Çiftlerin İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulguların Dağılımı

İnfertilite Öyküleri	Kadın (n=102)		Erkek (n=102)	
	n	%	n	%
<u>İnfertilite Tedavi Süresi**</u>				
1 yıldan az	44	43,1	44	43,1
1-2 yıl	33	32,4	33	32,4
3-5 yıl	24	23,5	24	23,5
6-10 yıl	1	1,0	1	1,0
<u>İVF Deneme Sayısı**</u>				
İlk	87	85,3	87	85,3
İkinci	12	11,8	12	11,8
Dördüncü	2	2,0	2	2,0
Beş ve üzeri	1	1,0	1	1,0
<u>Çocuk İsteme Zamanı</u>				
1 yıldan az	14	13,7	15	14,7
1-2 yıl	41	40,2	42	41,2
3-5 yıl	36	35,3	34	33,3
6-10 yıl	7	6,9	7	6,9
11 yıl ve üzeri	4	3,9	4	3,9
<u>Çocuk Sahibi Olmanın Hayatınızdaki Önemi</u>				
Çok önemli	72	70,6	75	73,5
Önemli	25	24,5	20	19,6
Orta düzeyde önemli	3	2,9	5	4,9
Pek önemli değil	2	2,0	2	2,0
<u>Çocuk Sahibi Olma İsteğinizin Nedeni?*</u>				
Anne / baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak için	98	96,1	96	94,1
Çocukları çok sevdiğim için	80	78,4	69	67,6
Neslin devamını sağlamak için	42	41,2	57	55,9
Aileyi tamamlamak için	63	61,8	55	53,9
Evliliğimizi, sevgimizi güçlendirmek için	56	54,9	52	51,0
Yalnızlıktan kurtulmak için	4	3,9	1	1,0
Yaşlılıkta bakacak birinin olması için	5	4,9	5	4,9
Çevre baskısından kurtulmak için	4	3,9	6	5,9
Çocuklu çiftleri kıskandığım için	8	7,8	0	0,0
<u>Çocuğunuzun Olmaması Sizi Nasıl Etkiliyor</u>				
Çok üzülüyorum	75	73,5	64	62,7
Çok mutsuzum	3	2,9	4	3,9
Hiçbir şey değişmedi	24	23,5	34	33,3
<u>Çevrenizle Tüp Bebek Tedavisine Başladığınızı Paylaştınız mı?</u>				
Evet	64	62,7	66	64,7
Hayır	38	37,3	36	35,3
<u>Paylaşmadı ise Paylaşmama Sebebi</u>				
Başarısız olursa kimseye açıklama yapmak istemiyorum	14	13,7	17	16,7
Başarısız olursa çevrem de çok üzülecek	5	4,9	6	5,9
İnsanlar soru sorduğu zaman stresim artıyor	16	15,7	11	9,8
Diğer (Özel)	3	2,9	3	2,9
<u>Başlanacak Tedavinin Sizce Başarı Sansı</u>				
Düşük	4	3,9	5	4,9
Orta	42	41,2	46	45,1
Yüksek	56	54,9	51	50,0

Kategorik Verilerin Frekans Dağılımı * Birden fazla seçenek işaretlenmiştir **Kadın ve erkeğe ait ortak veriler

Çalışmaya dahil olan erkeklerin verileri incelendiğinde %41,2'sinin 1-2 yıldır çocuk istediği, %73,5'inin çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve

%94,1'i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak şeklinde ifade ettiği, %62,7'inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %64,7'si çevresiyle tüp bebek tedavisine başladığını paylaştığı, paylaşmayan erkeklerden ise %16,7'sinin tedavi başarısız olursa kimseye açıklama yapmak istemediği için paylaşmadığını, % 50'si başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmiştir.

4.3. KADIN VE ERKEKLERİN TEDAVİ ÖNCESİ VE OPU GÜNÜ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE PUANLARI VE DEPRESYON PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3. Kadın ve Erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Tedavi	OPU Günü	t	p	Varyansın Kaynağı	F	p
	Öncesi STAI-I Puanı $\bar{X} \pm SS$	STAI-I Puanı $\bar{X} \pm SS$					
Kadın	37,03±9,5	38,13±8,4	-2,064	0,042	Cinsiyet	0,501	0,480
Erkek	36,39±8,5	37,14±7,9	-1,871	0,064	Ölçüm zamanı	7,703	0,006
T	0,513	0,866			Cinsiyet* ölçüm zamanı	0,264	0,608
P	0,609	0,387					

t: Student's t Test F: Mix ANOVA Test İstatistiği

Tablo 4.3'de araştırma kapsamına alınan kadın ve erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü ölçülen Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kadınların tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 37,03±9,5; OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 38,13±8,4 olarak bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 36,39±8,5; OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 37,14±7,9 olarak bulunmuştur. Analiz sonucuna göre Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hem cinsiyet hem de cinsiyet*ölçüm zamanı bağlamına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Diğer yandan, ölçüm zamanı bağlamında yani tedavi öncesi ve OPU günü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=(1,202) = 7,703, p=0,006$).

Kadınların Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, OPU günü ölçülen Durumluk Anksiyete Ölçeği puan

ortalaması tedavi öncesi ölçülen Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamasından daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,064$; $p=0,042$).

Erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları değişimi açısından tedavi öncesi ve OPU günü karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-1,871$; $p=0,064$).

Tedavi öncesi ve OPU günü kadın ve erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerden yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=(1,202)=0,501$, $p=0,480$).

Tedavi öncesi ve OPU günü yani birinci ölçüm, ikinci ölçüm (cinsiyet*ölçüm zamanı) bağlamında kadın ve erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=(1,202)=0,264$, $p=0,608$).

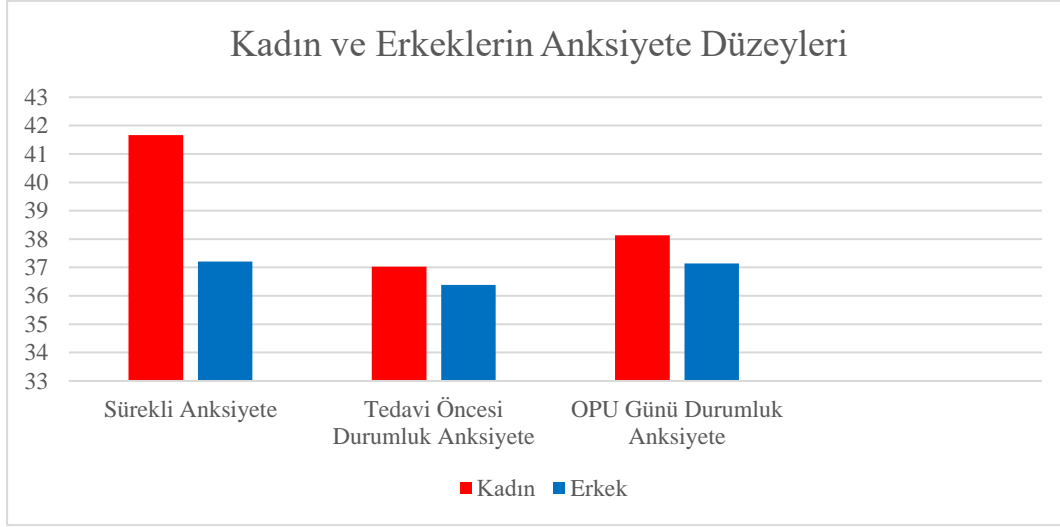
Tablo 4.4. Kadın ve Erkeklerin Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-II) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kadın $\bar{X} \pm SS$	Erkek $\bar{X} \pm SS$	t	P
STAI-II Puanı	41,66±8,08	37,21±7,54	4,06	<0,001

t: Student's test

Tablo 4.4'de araştırma kapsamına alınan kadın ve erkeklerin tedavi öncesi ölçülen Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre; kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 41,66±8,08; erkeklerinki ise 37,21±7,54 olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları açısından kadın ve erkekler karşılaştırıldığında, kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerin Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t(202)=4,06$; $p<0,001$).



Grafik 4.1. Kadın ve Erkeklerin Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-I ve STAI-II) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan kadın ve erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.5. Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri (BDI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Tedavi Öncesi BDI Puanı	OPU Günü BDI Puanı	t	p	Varyansın kaynağı	F	P
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$					
Kadın	7,77±6,7	6,88±6,4	2,34	0,021	Cinsiyet	10,437	0,001
Erkek	4,79±5,9	4,50±5,6	1,19	0,234	Ölçüm zamanı	6,861	0,009
t	3,39	2,83			Cinsiyet* ölçüm zamanı	1,744	0,188
p	0,001	0,005					

t: Student’s t Test F: Mix ANOVA Test İstatistiği

Kadınların tedavi öncesi ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları 7,77±6,7; OPU günü ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları 6,88±6,4 bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları 4,79±5,9; OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları 4,50±5,6 bulunmuştur. Analiz sonucuna göre Depresyon Envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında hem cinsiyet ($F=(1,202) = 10,437; p=0,001$) hem de ölçüm zamanı ($F=(1,202) = 6,861; p=0,009$) bağlamına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer yandan tedavi öncesi ve OPU günü (cinsiyet*ölçüm zamanı) bağlamında kadın ve

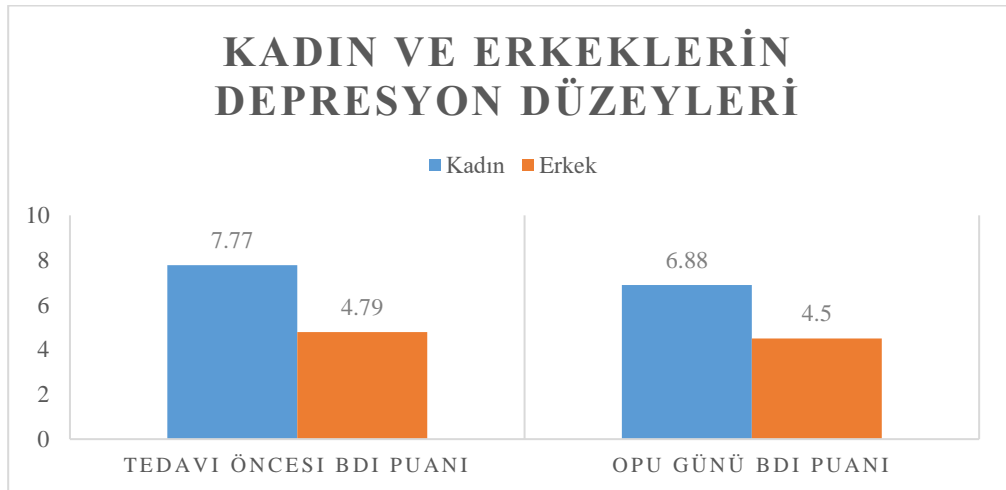
erkeklerin depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=(1,202) = 1,744; p=0,188$).

Kadınların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, OPU günü ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması, tedavi öncesi ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamasına göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t= 2,34; p= 0,021$).

Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları değişimi açısından tedavi öncesi ve OPU günü karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t= 1,19; p=0,234$).

Tedavi öncesi kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi Beck Depresyon envanteri puan ortalaması erkeklerinkinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,39; p=0,001$).

OPU günü kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,83; p=0,005$).



Grafik 4.2. Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri (BDI) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.4. KADINLARIN OOSİT SAYILARININ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE DEĞİŞİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.6. Kadınların Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI-I, STAI-II) Düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri (BDI) Düzeyleri ile Oosit Sayılarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçüm Düzeyi	n	Oosit Sayısı		t	p
			$\bar{X} \pm SS$			
STAI-I Tedavi Öncesi	Hafif (20-39)	64	15,73±8,36		10,10	0,273
	Orta (40-59)	38	13,7±9,89			
STAI-I OPU günü	Hafif (20-39)	55	15,12±8,25		0,178	0,859
	Orta (40-59)	47	14,80±9,83			
STAI-II*	Hafif (20-39)	36	12,88±8,89		-1,71	0,090
	Orta (40-59)	63	16,07±8,94			
BDI Tedavi Öncesi	Yok	69	14,37±8,17		-0,98	0,328
	Var	33	16,24±10,46			
BDI OPU günü	Yok	75	14,20±8,12		-1,47	0,144
	Var	27	17,14±10,86			

t: Student's t Test *Süreklilik anksiyete puanları ağır anksiyete düzeyinde olan sadece 3 kadın bulunduğu için bu kadınların oosit sayısı ortalamaları analizden çıkartılmıştır.

Tablo 4.6'da araştırma kapsamına alınan kadınların tedavi öncesi ve OPU günü ölçülen Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeyleri ile tedavi sonucunda elde edilen oosit sayılarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre, tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları 15,73±8,36; orta anksiyete düzeyinde olanların oosit sayısı ortalamaları ise 13,71±9,89 olarak bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=10,10$; $p=0,273$).

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları 15,12±8,25; orta düzeyde olanların oosit sayısı ortalamaları 14,80±9,83 olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=0,178$; $p=0,859$).

Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $12,88 \pm 8,89$; orta anksiyete düzeyinde olanların oosit sayısı ortalamaları $16,07 \pm 8,94$ olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınlarla, orta düzeyde olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100) = -1,71$; $p = 0,090$).

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,37 \pm 8,17$; depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $16,24 \pm 10,46$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100) = -0,98$; $p = 0,328$).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,20 \pm 8,12$; depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $17,14 \pm 10,86$ olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100) = -1,47$; $p = 0,144$).

4.5. ERKEKLERİN SPERM SAYILARININ DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada erkeklerin tedavi öncesinde ve OPU gününde ölçülen sperm sayılarının onların Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Depresyon Envanteri düzeylerine göre değişimi incelenmiştir.

Tablo 4.7. Erkeklerin Tedavi Öncesi Sperm Sayılarının Tedavi Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Düzye	n	Tedavi Öncesi	t	P
			Sperm Sayısı ($\cdot 10^6$) $\bar{X} \pm SS$		
Tedavi Öncesi STAI-I Puanı	Hafif (20-39)	65	28,20 \pm 14,10	1,21	0,228
	Orta (40-59)	37	24,37 \pm 17,24		
STAI-II	Hafif (20-39)	69	29,30 \pm 15,70	2,42	0,017
	Orta (40-59)	33	21,60 \pm 13,33		
Tedavi Öncesi BDI Puanı	Yok	92	26,44 \pm 14,47	-0,73	0,465
	Var	10	30,20 \pm 22,55		

t: Student's t Test

Tablo 4.7’de, araştırma kapsamına alınan erkeklerin tedavi öncesindeki sperm sayıları ile tedavi öncesi ölçülen Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre, tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $28,20 \pm 14,10$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $24,37 \pm 17,24$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=1,21$; $p=0,228$).

Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $29,30 \pm 15,70$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları $21,60 \pm 13,33$ olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t(100)=2,42$; $p=0,017$).

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,44 \pm 14,47$; depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $30,20 \pm 22,55$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=0,73$; $p=0,465$).

Tablo 4.8. Erkeklerin OPU Günü Sperm Sayılarının OPU Günü Durumluk Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Düzye	n	OPU Günü	t	p
			Sperm Sayısı (.10 ⁶) $\bar{X} \pm SS$		
OPU Günü	Hafif (20-39)	68	$27,76 \pm 12,76$	0,91	0,365
STAI-I Puanı	Orta (40-59)	34	$25,32 \pm 12,77$		
OPU Günü	Yok	92	$26,51 \pm 12,13$	-1,05	0,293
BDI Puanı	Var	10	$31,00 \pm 17,81$		

t: Student’s test

Tablo 4.8’de, araştırma kapsamına alınan erkeklerin OPU günündeki sperm sayıları ile OPU günü ölçülen Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $27,76 \pm 12,76$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $25,32 \pm 12,77$ olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=0,91$; $p=0,365$).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,51 \pm 12,13$; depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $31,00 \pm 17,81$ olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)= - 1,05$; $p=0,293$).

4.6. ERKEKLERİN SPERM HAREKETLİLİĞİNİN DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmada erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü ölçülen sperm hareketliliğinin Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerine göre değişimi incelenmiştir.

Tablo 4.9. Erkeklerin Tedavi Öncesi Sperm Hareketliliklerinin Tedavi Öncesi Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Düzye	n	Tedavi Öncesi Sperm Hareketliliği (%)		
			$\bar{X} \pm SS$	t	p
Tedavi Öncesi STAI-I Puanı	Hafif (20-39)	65	66,24±12,79	1,078	0,284
	Orta (40-59)	37	63,37±13,12		
STAI-II	Hafif (20-39)	69	66,21±13,19	1,144	0,255
	Orta (40-59)	33	63,09±12,27		
Tedavi Öncesi BDI Puanı	Yok	92	66,06±12,64	2,069	0,041
	Var	10	57,30±13,51		

t: Student’s test

Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan erkeklerin tedavi öncesindeki sperm hareketliliği ile tedavi öncesi ölçülen Durumluk-Sürekli Anksiyete ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre, tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,24 \pm 12,79$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,37 \pm 13,12$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesindeki Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=1,078$; $p=0,284$).

Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,21 \pm 13,19$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,09 \pm 12,27$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi ölçülen Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyinde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=1,144$; $p=0,255$).

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,06 \pm 12,64$; depresyon olanların sperm hareketliliği ortalamaları $57,30 \pm 13,51$ olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği, depresyonu olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t(100)=2,069$; $p=0,041$).

Tablo 4.10. Erkeklerin OPU Günü Sperm Hareketliliklerinin OPU Günü Durumluk Anksiyete Düzeyleri ve Depresyon Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Düzye	N	OPU Günü Sperm Hareketliliği (%)		
			$\bar{X} \pm SS$	t	P
OPU Günü STAI-I Puanı	Hafif (20-39)	68	$68,79 \pm 10,93$	0,456	0,649
	Orta (40-59)	34	$67,79 \pm 9,34$		
OPU Günü BDI Puanı	Yok	92	$69,04 \pm 10,26$	1,735	0,086
	Var	10	$63,10 \pm 10,57$		

t: Student’s test

Tablo 4.10’da araştırma kapsamına alınan erkeklerin OPU günündeki sperm hareketlilikleri ile OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyleri ve Beck Depresyon Envanteri düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır.

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $68,79 \pm 10,93$; orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $67,79 \pm 9,34$ olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyindeki erkeklere göre yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)=0,456$; $p=0,649$).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $69,04 \pm 10,26$; depresyonu olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,10 \pm 10,57$ olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanterine göre, depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği depresyonu olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t(100)= 1,735$; $p=0,086$).

Tablo 4.11. Erkeklerin Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamalarının Sperm Sayısı ve Sperm Hareketliliği ile İlişkisi

Ölçek Puanları		Sperm Sayısı (.10 ⁶)	Sperm Hareketliliği (%)
Tedavi Öncesi STAI-I	r	-0.206	* -0.216
OPU Günü STAI-I	r	-0.178	-0.120
STAI-II	r	-0.116	-0.192
Tedavi Öncesi BDI	r	-0.005	-0.388
OPU Günü BDI	r	0.012	-0.402

Pearson Korelasyon Testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tablo 4.11 'de araştırma kapsamına alınan erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının sperm sayısı ve sperm hareketliliği ile arasındaki ilişki yer almaktadır.

Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm sayıları arasında % 20,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm sayılarının azaldığı saptanmıştır ($r = -0,206$; $p < 0,05$).

Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 21,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($r = -0,216$; $p < 0,05$).

Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 38,8 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($r = -0,388$; $p < 0,001$).

Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 40,2 oranında negatif yönlü ve orta şiddet düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($r = -0,402$; $p < 0,001$).

4.7. KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN GEBELİK SONUCUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.12. Kadınların Tedavi Öncesi ve OPU Günü Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler

Tedavi Öncesi STAI-I Düzeyleri	Gebelik Pozitif (n=60)		Gebelik Negatif (n=42)		Toplam (n=102)	X ²	P
	N	%	n	%			
Hafif (20-39)	38	59,37	26	40,62	64	0,022	0,883
Orta (40-59)	22	57,89	16	42,10	38		
OPU Günü STAI-I Düzeyleri	Gebelik Pozitif (n=60)		Gebelik Negatif (n=42)		Toplam (n=102)	X ²	P
	N	%	n	%			
Hafif (20-39)	33	60	22	40	55	0,068	0,794
Orta (40-59)	27	57,44	20	42,55	47		

X² : Ki kare testi

Tablo 4.12’de araştırma kapsamına alınan kadınların tedavi öncesi ve OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeylerinin, gebelik sonucuna etkisine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %59,37; orta düzeyde olanların %57,89 olarak bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,883$).

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %60; orta düzeyde olanların %57,44 olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe

kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,794$).

Tablo 4.13. Kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-II) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler

STAI-II Düzeyleri	Gebelik Pozitif (n=57)		Gebelik Negatif (n=42)		Toplam (n=99)	X^2	p
	N	%	n	%			
Hafif (20-39)	22	61,11	14	38,88	36	0,289	0,591
Orta (40-59)	35	55,55	28	44,44	63		

X^2 : Ki kare testi *Sürekli anksiyete puanları ağır anksiyete düzeyinde olan sadece 3 kadın bulunduğundan için bu kadınlar analizden çıkartılmıştır.

Tablo 4.13’de araştırma kapsamına alınan kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeylerinin, gebelik sonucuna etkisine ilişkin veriler yer almaktadır.

Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebelik kalma oranı %61,11; orta düzeyde olanların %55,55 olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebelik kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,591$).

Tablo 4.14. Kadınların Tedavi Öncesi ve OPU Günü Beck Depresyon Envanteri (BDI) Düzeylerinin Gebelik Sonucuna Etkisine İlişkin Veriler

Tedavi Öncesi BDI Düzeyleri	Gebelik Pozitif (n=60)		Gebelik Negatif (n=42)		Toplam (n=102)	X^2	p
	N	%	N	%			
Yok	39	56,52	30	43,47	69	0,467	0,495
Var	21	63,63	12	36,36	33		
OPU Günü BDI Düzeyleri	Gebelik Pozitif (n=60)		Gebelik Negatif (n=42)		Toplam (n=102)	X^2	p
	N	%	N	%			
Yok	42	56	33	44	75	0,933	0,334
Var	18	66,66	9	33,33	27		

X^2 : Ki kare testi

Tablo 4.14’de araştırma kapsamına alınan kadınların tedavi öncesi ve OPU günü Beck Depresyon Envanteri düzeylerinin, gebelik sonucuna etkisine ilişkin veriler yer almaktadır.

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebelik kalma oranı %56,52; depresyonu olanların %63,63 olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebelik kalma oranı, depresyonu

olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,495$).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı %56; depresyonu olanların %66,66 olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı, depresyonu olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,334$).



5. TARTIŞMA

IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyonun gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarının tartışması verilmiştir.

5.1. ÇİFTLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE AİLESEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Kadınlarda fertilitenin en yüksek olduğu yaşlar 24-25'tir. Fertil çağ kadınlarda 30 yaşından, erkeklerde ise 40 yaşından sonra gerilemektedir. 30 yaş altı kadınlarda gebe kalabilme şansı her siklusta %20 civarlarında iken bu oran 40'lı yaşlara gelindiğinde %5'e düşmektedir (Şirin ve Kavlak, 2008; Amanak et al., 2014).

TNSA'nın "Doğurganlıktaki Eğilimler" başlığı incelendiğinde 2003 TNSA ve öncesinde "doğumda anne yaşı"nın 20-24 yaş grubunda en fazla iken, 2008 TNSA ve 2013 TNSA da bu durumun 25-29 yaş grubuna doğru kaydığı görülmektedir. Ayrıca 2008 TNSA'daki "doğumdaki anne yaşı" 30-34 yaş grubunda 91 iken 2013 TNSA'da bu oran 104'e yükselmiştir. 35-39 yaş grubunun 2008 TNSA da 36 olan "doğumda anne yaşı" oranı 2013 TNSA'da 48 oranına yükselmiştir. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında 1978 TNSA (TDH 4,33) ile 2013 TNSA (TDH 2,226) arasındaki 35 yıllık dönemde "Toplam Doğurganlık Hızının" gittikçe düştüğü ve yarı yarıya azaldığı görülmektedir (TNSA, 2013).

Doğurganlık seviyesindeki düşüşe pek çok faktörün etki ettiği düşünülebilir. Kadının çalışma hayatına girmesi, evlilik yaşını ve dolayısıyla çocuk doğurma yaşını erteleme ya da dünyada ve ülkemizde giderek artan infertilite vakaları bu faktörlerden olabilir.

Çalışmamızda çiftlerin çoğunluğu 26-35 yaş grubunda olup, kadınların yaş ortalamasının $28,58 \pm 3,92$ olduğu, erkeklerin yaş ortalamasının $31,72 \pm 3,91$ olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Literatürde ilgili çalışmalar incelendiğinde Atıcı'nın (2006) infertilite tedavisi uygulanan kadın ve erkeğin anksiyete ve depresyon düzeyinin oosit sayısı, sperm sayısı-hareketlilik, gebelik sonucuna etkisini incelemiş olduğu çalışmada kadın yaş aralığı çoğunlukla 31-35 iken, erkek yaş aralığı çoğunlukla 24-29'dur (Atıcı, 2006). Keskin Gürbüz'ün (2007) infertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun IVF-ET sonuçlarına etkisini incelediği çalışmada

kadınların yaş ortalaması $31,67\pm 4,83$ iken, erkeklerin yaş ortalaması $35,12\pm 5,10$ olarak bulunmuştur. Kırço Çoban ve Dinç'in (2013) infertilite nedeni ile başvuran çiftlerde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların yaş ortalaması $30,85\pm 5,02$ iken, erkeklerin yaş ortalaması $33,82\pm 5,49$ olarak bulunmuştur. Turgay'ın (2017) infertilite şikâyeti olan çiftlerde depresyon sıklığı ve hayat kalitesinin araştırılması amacıyla yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $30\pm 6,1$ iken, erkeklerin $32,6\pm 5,7$ olduğu bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki yaş ortalamaları farklılıklarının her çalışma için seçilen farklı popülasyonlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubumuzdaki çiftlerin büyük çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olup ve yüksek okul/fakülte mezunu oldukları tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1). 2013 TNSA verilerine bu yaş grubuna bakıldığında kadınlarda çoğunluğu 25-29 yaş grubunda (%45,1) lise ve üzeri eğitim düzeyinde iken 30-34 yaş grubunda ise çoğunluğu (%40,7) ilkokul mezunudur. Aynı veri grubunda erkeklerde çoğunluğun 26-29 yaş grubunda da (%56,1); 30-34 yaş grubunda da (%48,9) lise ve üzeri mezuniyet derecesinde olduğu görülmektedir.

Eğitim seviyesi, hem üreme hem de genel sağlık davranışları bakımından önem arz etmektedir. Ayrıca eğitim seviyesi, infertilitenin algılanmasını ve buna bağlı sorunların yaşanmasının şiddetinin de etkilemektedir. Bununla birlikte gelir seviyesi düşük olan infertil bireylerin tedavi arama davranışlarının az olduğu ve muhtemelen bu sebepten araştırmalara daha az dahil olabildikleri bildirilmektedir (Yahşi, 2010). TNSA 2013 verilerine göre, evli kadınların %31,0'ı halen çalışıyor ve evlenmiş kadınların %22,7'si en yüksek, %21,3'ü yüksek, %21,0'ı da orta hane halkı refah düzeyinde yaşamaktadır. 2018 TÜİK verileri incelendiğinde 15-64 yaş grubundaki kadınların iş gücüne katılma oranları %37,8 iken erkeklerde bu oran %77,7 olduğu görülmektedir (TNSA, 2013).

Çalışmamızda çiftlerin eğitim seviyeleri Türkiye ortalamasının üzerinde olup, kadınların %48,8'inin erkeklerin ise %51,0'ının yüksek okul/fakülte mezunu oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan çiftlerin büyük çoğunluğunun (%20,6) ilde ikamet ettikleri ve kadınların %43,1'inin, erkeklerin %98'inin gelir getiren bir işte

çalıştıkları, ekonomik durumlarını “gelir gidere denk” şeklinde tanımladıkları, isteyerek evlendikleri tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Atıcı'nın (2006) infertilite tedavisi uygulanan kadın ve erkeğin anksiyete ve depresyon düzeyinin oosit sayısı, sperm sayısı-hareketlilik, gebelik sonucuna etkisini incelemiş olduğu çalışmada kadınların %28,8'i ilkokul mezunu iken, erkeklerin %54,8'inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı bulunmuştur. Kırço Çoban ve Dinç'in (2013) infertilite nedeni ile başvuran çiftlerde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların %49,3'ü ilkokul mezunu iken, erkeklerin %44,6'sının ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Turgay'ın (2017) infertilite şikâyeti olan çiftlerde depresyon sıklığı ve hayat kalitesinin araştırılması amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların %37,2 'sinin; erkeklerin ise %40,6'sının lise mezunu olduğu bulunmuştur. Bu veriler ışığında çalışmamızın farklılığının, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye ait çiftlerle ve özel bir hastanenin tüp bebek merkezinde yapılmış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Fertilite oranları evliliğin süresine bağlı olarak artmaktadır. İlk aylarda %25 olan fertilite şansı, altıncı ayda %65, dokuzuncu ayda %75 ve on ikinci ayda %80 oranlarına kadar artmaktadır (Yanık Tok, 2005). Çalışmamızda çiftlerin %79,4 'ünün isteyerek evlendiği, %70,6'sının “1-5 yıl arası” evlilik süresi olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Son zamanlarda günlük yaşam içerisinde maruz kalınan bazı risklerin gamet hücreleri ve fertilizasyon başarısına olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasıyla, infertiliteye neden olan yeni faktörler karşımıza çıkmaktadır (Keskin Gürbüz, 2007; Yahşi, 2010). TÜİK'in 2012 yılında yaptığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nda tütün ve tütün mamulü kullanım oranı 2008 yılı ile 2012 yılı verileri kıyaslandığında; kadınlarda %15,2'den %13,1'e ve erkeklerde %47,9'dan %41,4'e düşmüştür (TÜİK, 2012). Çalışmamızda ise kadınların %19,6'sı sigara kullanıyorken, erkeklerin %59,8'i sigara kullandığı belirlenmiştir ve bu oran Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1).

Alkol kullanımı erkeklerde kadınlara oranla daha fazladır. Bundan dolayı alkol tüketen erkekler kadınlara göre infertilite açısından daha fazla risk taşımaktadır. Alkol tüketimi erkeklerde sperm sayısı ve motilitesinde azalma, sperm şeklinde bozulma

yaparak infertiliteye sebep olmaktadır. Kadınlarda ise alkol kullanımı adet düzensizliği yaparak infertiliteye sebep olmaktadır (Amanak et al., 2014). Çalışmamızda erkeklerin %30,4'ünün kadınların ise %2,9'unun alkol kullandığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

5.2. ÇİFTLERİN İNFERTİLİTE ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışmamızda çiftlerin %43,1'inin 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi gördükleri ve %85,3'ünün ilk IVF denemeleri olduğu; kadınların %40,2'sinin erkeklerin ise %41,2'sinin 1-2 yıldır çocuk istediği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Çiftlerin %70,6'sının 1-5 yıldır evli olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuçlar çiftlerin büyük bir kısmının IVF tedavisi arayışına erken başladıklarını işaret etmektedir.

Çavuşoğlu'nun (2015) infertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında, infertilite tedavisi sonrası gebe kalan gruptaki kadınların %36'sinin 1-2 yıl; %31'inin 1 yıldan az infertilite tedavisi gördüğü; %27'sinin ilk IVF denemesi olduğu ve %43'ünün 3-5 yıldır çocuk istediği bulunmuştur.

Çalışmamızdaki kadınların %70,6 'sının çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve %96,1'i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak olduğunu ifade ettiği, %73,5'inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %62,7'si çevresiyle tüp bebek tedavisine başladığını paylaştığı, paylaşmayan kadınların ise %15,7'sinin insanlar soru sorduğunda stresi arttığı için paylaşmadığını, % 54,9'u başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Çalışmamızdaki erkeklerin, %73,5'inin çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve %94,1'i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak şeklinde ifade ettiği, %62,7'inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %64,7'si çevresiyle tüp bebek tedavisine başladığını paylaştığı, paylaşmayan erkeklerden ise %16,7'sinin tedavi başarısız

olursa kimseye açıklama yapmak istemediği için paylaşmadığını, % 50'si başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Yanık Tok'un (2005) infertil çiftlerde, inferilite tedavisi esnasında erkeklerdeki psikososyal durumun incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında, "Ailede çocuk neden gerekli?" sorusuna erkeklerin %59,25'i "Evlilik ve neslin devamı için." gerekli olduğunu belirtirken, %40,74'ü "Duygusal gereksinim için." şeklinde belirtmiş olduğu bulunmuştur. Yahşi'nin (2010) primer infertil kadınlarda psikososyal sorunların IVF başarısı üzerine etkilerini araştırmak amacıyla yaptığı çalışmasında, gebelik pozitif olan gruptaki kadınların %90,5'inin; gebelik negatif olan gruptaki kadınların %91,7'sinin infertilite sorunlarını çevrelerinden gizlemiş olduğu bulunmuştur. Kırca'nın (2011) infertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların %77'si, çocuk sahibi olmanın hayatlarındaki en önemli şey olduğunu belirtmişlerdir. Eğin'in (2016) infertilite tedavisi gören kadınların depresyon düzeyleri ile evlilik uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların %61,8'i "Çocuğunuz olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?" sorusuna "Çok üzülüyorum." cevabını vermişlerdir. Çalışmamız ve diğer literatür çalışmaları incelendiğinde evli çiftler için çocuk sahibi olmanın önemi ve bu önemlilik sebebiyle durumun hassas bir boyut kazandığı görülmektedir. Yine infertil çiftlerin çocuk gereksinimlerinin giderilmemesinden dolayı kendilerinin yalnızlaştırmak pahasına aldıkları bu tedaviyi gizledikleri düşünülebilir.

5.3. KADIN VE ERKEKLERİN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE ve DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İCELENMESİ

Literatürde infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon düzeylerini kıyaslayan çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların çoğunluğunun sadece kadınlarla yapıldığı görülmektedir. Kadın ve erkeği birlikte inceleyen çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Bu kısıtlı çalışmalar içerisinde hem cinsiyetler arasında fark bulan hem de bulmayan çalışmalara rastlanmaktadır.

Ayrıca infertilite tedavisi sürecinde anksiyetenin arttığı ve tedavinin aşamalarında (tedavi öncesi, OPU, ET) durumluk anksiyete düzeylerinde farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Verhaak et al., 2007; Mahajan et al., 2010).

Araştırmamızdaki çiftlerin Durumluk Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları; kadınların tedavi öncesi $37,03 \pm 9,5$ iken, OPU günü $38,13 \pm 8,4$ olarak bulunmuştur. Erkeklerin puan ortalaması tedavi öncesi $36,39 \pm 8,5$ iken, OPU günü $37,14 \pm 7,9$ olarak bulunmuştur. Hem kadınların hem de erkeklerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının, orta anksiyete alt seviyesi olan 40 puana yakın olduğu bulunmuştur.

Kadınların durumluk anksiyete puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında OPU günü ölçülen durumluk anksiyete puan ortalamaları tedavi öncesinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Buna göre kadınların tedavi öncesi ve OPU günü durumluk anksiyete puanları değişmiştir. Kadınların Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları tedavi öncesine göre, OPU gününde yükseliş göstermiştir. OPU günü yapılan invaziv girişimlere maruz kalınması, oosit elde edilmesi için geçirilen sürecin artık sonuna varılmış olmasının baskısı ve anesteziye maruz kalınacak olması gibi sebeplerin kadının o günkü anksiyetesini yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir.

Erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü yapılan değerlendirmelere göre Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Erkeklerin durumluk anksiyetelerinde değişim görülmemektedir. Hemen hemen tüm müdahaleler kadın bedeni üzerinde yapılmaktadır, erkeğin OPU günü bir müdahaleye maruz kalmaması dolayısıyla anksiyetesinin yükselmediği düşünülmektedir.

Tedavi öncesi ve OPU günü kadın ve erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerden yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Kadınlar erkeklere göre hem tedavi öncesinde hem de OPU gününde daha fazla durumluk anksiyete yaşamaktadırlar. Bunun nedenleri olarak kadına bu süreçte daha fazla müdahalede bulunulması, yapılan toplumsal baskılara kadınların daha çok hedef olması ve kadınların infertiliteyi daha fazla içselleştirmesi olabilir.

Araştırmamızdaki çiftlerin Sürekli Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları; kadınların $41,66 \pm 8,08$; erkeklerin ise $37,21 \pm 7,54$ olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları açısından kadın ve erkekler karşılaştırıldığında, kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerin Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek olup, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$, Bkz. Tablo 4.4). Kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite nedeniyle kadınların karşı karşıya kaldığı bir takım kayıplar olmaktadır. Her menstrual siklusta yeniden beliren gebe kalma başarısızlığı, çocuk sevgisini ve annelik duygusunu tadamayacak olmanın ve annelikle ilgili kurduğu hayallerin yıkıldığı gibi düşüncelere sahip olabilirler. Ayrıca kadınların infertilite suçlamasına erkeklerden daha sık maruz kalıyor olmalarından dolayı mizaçlarının geneline de bu anksiyete halinin yansıdığı tahmin edilmektedir.

Araştırmamızdaki çiftlerin Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puan ortalamaları, kadınların tedavi öncesi $7,77 \pm 6,7$ iken, OPU günü $6,88 \pm 6,4$ bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi puan ortalamaları $4,79 \pm 5,9$ iken, OPU günü $4,50 \pm 5,6$ bulunmuştur.

Kadınların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, OPU günü ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması, tedavi öncesi ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamasına göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.5). Kadınların her iki ölçümde de Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, ölçeğin “depresyon yok” seviyesi olan 10 puanın altında bulunmuştur. Kadınların OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları tedavi öncesine göre düşüş göstermiştir. Tedaviye başlama kararı verilmesinden OPU gününe kadar geçen süreçte, kadınların bu durumu kabullenip kendilerini OPU gününe hazırlamış olmaları, bunun sebebi olabilir. Çünkü tedavi başlangıcında belirsiz olan süreç artık çözülme aşamasına girmiştir ve kadın takip edilen foliküllerinden oosit bulunma şansı olduğu için umutludur.

Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri ölçeği puan ortalamaları değişimi açısından tedavi öncesi ve OPU günü karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.5). Erkeklerin her iki ölçümde de Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, ölçüğün “depresyon yok” seviyesi olan 10 puanın altında bulunmuştur. Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarında değişim bulunmamıştır. Erkeklerin infertilite sorunuyla ve tedavi süreciyle baş etme stratejileri kadınlardan farklılık gösterebilir. Erkeklerin bu süreçle ilgili uyum mekanizmalarını devreye sokmakta kadınlardan daha başarılı oldukları düşünülebilir.

Tedavi öncesi kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması erkeklerinkinden yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$, Bkz. Tablo 4.5). Kadınlar için infertilite tanısının alınıp bilinmeyen yeni bir süreç olan IVF tedavisine başlanması, onları erkeklere göre daha depresif yapabilmektedir. Pek çok toplumda ebeveynlik yaşamsal bir basamak olarak görüldüğünden dolayı, infertilite sosyal alanda bir damgalanma yaratabilir. Bu damgalanmadan kadınlar erkeklere göre daha fazla etkilendiğinden, toplumun beklediği anne rolünü gerçekleştiremeyen kadın tüm bu baskılar altında erkeğe göre daha fazla hüzün yaşayabilir.

OPU günü kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$, Bkz. Tablo 4.5). OPU gününde kadınlara tedaviyle ilgili düşen yük erkeklere nazaran daha fazla olduğundan dolayı, tedavinin en önemli aşaması sayılabilecek olan OPU gününde kendilerini erkeklere göre daha depresif hissetmeleri beklenen bir sonuçtur. Çünkü KOH nedeniyle bazı ilaçlara maruz kalması, ilaçlarını zamanında ve doğru şekilde uygulaması ve sık sık folikül takibi yapılması için kliniğe gelmesi gibi zorunlu uygulamalar kadınların sorumluluk ve baskı hissetmesine sebep olabilir. Tedaviden olumsuz bir sonuç alınırsa bunun nedeninin kendisi olacağını düşünerek suçluluk hissediyor olabilirler.

Çalışmamızdan farklı olarak; Atıcı'nın (2006) 80 primer infertil çiftle yaptığı çalışmasında, tedaviye başlarken birinci ölçüm, OPU günü ikinci ölçüm yapılmış; her iki ölçümdeki durumluk anksiyete ortalamaları ve bir kez ölçülen sürekli anksiyete

puan ortalamaları kadınlarda erkeklerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca her iki ölçümdeki depresyon skorları ortalamalarının kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur.

Kazandı ve ark. (2011) infertil Türk çiftlerde depresyon ve anksiyete durumunu incelemek amacıyla, primer infertil 248 kadın, 98 erkek ve fertil 51 kadın, 40 erkek ile yaptıkları çalışmalarında infertil olan kadınlar ve erkekler kıyaslandığında anksiyete ve depresyon cinsiyetten bağımsız olarak gözlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçları araştırmamız ile farklılıklar göstermektedir.

Diğer yandan, Pınar ve Zeyneloğlu'nun (2012) YÜT uygulanan Türk kadınlarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonu araştırmak amacıyla 160 fertil ve 160 infertil çift ile yaptıkları çalışmada, infertil grupta her iki cinsiyette de anksiyete ve depresyon saptanmış, oranlarına bakıldığında ise kadınlar anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur. Kırço Çoban ve Dinç'in (2013) 150 primer ve sekonder çiftle yaptıkları çalışmada, kadın grubunda %70,4, erkek grubunda %29,6 oranında depresyon tespit edilmiştir. Primer ve sekonder infertil çiftlerin depresyon skorlarını karşılaştığında, kadınların erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek skorlara sahip olduğunu tespit etmişlerdir.

Maroufizadeh et al. (2015) YÜT başarısızlığından sonra infertilite çiftlerde anksiyete ve depresyon durumlarını incelemek amacıyla, Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği kullanarak 208 kadın ve 122 erkekle yaptıkları çalışmada, kadınların anksiyete ve depresyon puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Aldemir ve ark. (2015) infertil çiftlerde cinsiyete göre anksiyete ve depresif semptomların algılanan sosyal destekle ilişkisini araştırmak amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanarak 66 primer infertil çiftle yaptıkları çalışmada kadınların anksiyete puanlarının erkeklerin anksiyete puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Terzioğlu ve ark. (2016) YÜT uygulanan çiftlerin anksiyete ve depresyon skorlarının gebelik sonucuna etkisini araştırmak amacıyla STAI-I ve II, BDI kullanarak 217 primer infertil çiftle yaptığı çalışmada tedavi başlangıcında STAI-I, STAI-II ve BDI uygulanmış; ET sonrasında ise sadece STAI-II tekrarlanmıştır. Tedavi öncesi kadınların ortalama durumluk kaygı puanları erkeklerinkinden daha düşük

bulunmuştur. Kadınların ortalama sürekli anksiyete puanı erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kadınların ortalama depresyon puanlarının erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların ve erkeklerin ET sonrasında ortalama durumluk anksiyete skorları tedavi öncesindeki durumluk anksiyete puanlarından düşük bulunmuştur.

Turgay'ın (2017) IUI ve IVF tedavisi alacak olan 215 kadın ve 165 erkek primer ve sekonder infertil hastayla yaptığı çalışmada, kadınların ortalama depresyon skorları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

5.4. KADINLARIN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE OOSİT SAYISI DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $15,73 \pm 8,36$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların oosit sayısı ortalamaları ise $13,71 \pm 9,89$ bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6).

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $15,12 \pm 8,25$ iken, orta düzeyde olanların oosit sayısı ortalamaları $14,80 \pm 9,83$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça oosit sayılarının azaldığı söylenebilir.

Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $12,88 \pm 8,89$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların oosit sayısı ortalamaları $16,07 \pm 8,94$ bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınlarla, orta düzeyde olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların hafif veya orta sürekli anksiyete yaşamaları onların oosit sayılarını etkilememektedir.

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,37\pm 8,17$ iken, depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $16,24\pm 10,46$ bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.6).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,20\pm 8,12$ iken, depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $17,14\pm 10,86$ bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü depresyonda olup olmamaları oosit sayılarını etkilememektedir.

IVF tedavisi sürecinde anksiyete ve depresyon dışında pek çok psikolojik faktör vardır. Bunlardan bazıları kadının umutsuzluğu, öfkesi, yalnızlığı, benlik algısı, beden imgesi, baş etme stratejileri, korkuları ve eşyle uyumu şeklinde sıralanabilir. Ayrıca bunların dışında yaşam biçimi davranışları, beslenme alışkanlıkları, beden kitle indeksi, genetik ve çevresel etkenler gibi bazı faktörler oosit sayısını etkileyebilecek yadsınamaz özelliklerdendir.

Atıcı'nın (2006) çalışmasında kadınların sürekli anksiyete düzeyleri(hafif-orta) ile kadınlardan tedavi sonucu elde edilen oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sadece OPU günü depresyonu olmayan kadınlardan elde edilen oosit sayısı, depresyonu olan kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur.

Ayrıca, Kaya ve ark. (2008) de infertil çiftlerin, psikolojik özelliklerinin gebelik ile ilişkisini araştırmak amacıyla 212 kadın ve 212 erkekler yaptıkları araştırmalarında elde edilen yumurta sayısı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır. Xu et al. (2016) anksiyete ve

depresyonun infertil Çinli kadınların IVF sonuçları üzerine etkilerini araştırmak amacıyla, SAS (Self-Rating Anxiety Scale) ve SDS (Self-Rating Depression Scale) ölçekleri ile 842 primer infertil kadınla yaptıkları çalışmada, anksiyete veya depresyon düzeyleri açısından oosit sayılarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan literatür taramasında anksiyete ve depresyonun oosit sayısına etkisini inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır. Literatür sayısı sınırlı olmakla beraber çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

5.5. ERKEKLERİN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE SPERM SAYISI VE HAREKETLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $28,20 \pm 14,10$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $24,37 \pm 17,24$ bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesinde durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm sayılarının azaldığı söylenebilir.

Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm sayıları arasında % 20,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm sayılarının azaldığı saptanmıştır ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.11).

Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $29,30 \pm 15,70$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları $21,60 \pm 13,33$ bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olanlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Hafif düzeyde sürekli anksiyeteye sahip erkeklerin sperm sayıları orta düzeyde sürekli anksiyeteye sahip erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,44 \pm 14,47$ iken, depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $30,20 \pm 22,55$ bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesinde depresyonda olup olmamaları sperm sayılarını etkilememektedir.

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $27,76 \pm 12,76$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $25,32 \pm 12,77$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.8). Buna göre, erkeklerin OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri attıkça sperm sayılarının azaldığı söylenebilir.

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,51 \pm 12,13$ iken, depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $31,00 \pm 17,81$ bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.8). Buna göre, erkeklerin OPU günü depresyonda olup olmamaları sperm sayılarını etkilememektedir.

Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,24 \pm 12,79$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,37 \pm 13,12$ bulunmuştur. Tedavi öncesindeki Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesi durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 21,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir

ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$, Bkz. Tablo 4.11).

Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,21\pm 13,19$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,09\pm 12,27$ bulunmuştur. Tedavi öncesi ölçülen Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyinde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesi sürekli anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,06\pm 12,64$ iken, depresyonu olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $57,30\pm 13,51$ bulunmuştur. Buna göre Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği, depresyonu olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, tedavi öncesi depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketlilikleri, depresyonu olan erkeklerden daha fazla bulunmuştur.

Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 38,8 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,001$, Bkz. Tablo 4.11).

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $68,79\pm 10,93$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $67,79\pm 9,34$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyindeki erkeklere göre yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.10). Buna göre, erkeklerin OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $69,04 \pm 10,26$ iken, depresyonu olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,10 \pm 10,57$ bulunmuştur. Depresyonu olan erkeklerin sperm hareketliliği, depresyonu olmayan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.10). Buna göre, erkeklerin OPU günü depresyon düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 40,2 oranında negatif yönlü orta şiddet düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanı arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p < 0,001$, Bkz. Tablo 4.11).

Atıcı'nın (2006) çalışmasında, tedavi başlangıcında ölçülen anksiyete ve depresyon seviyesi, OPU gününde ölçülen anksiyete seviyesi ile sperm sayısı ve hareketliliği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak OPU günü yapılan depresyon ölçümünün seviyesiyle sperm sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmazken, sperm hareketliliği ile arasında ters yönde ve zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Kaya ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada sperm sayısı ile depresyon düzeyi arasında ters korelasyon saptanmıştır. Erkeklerde, depresyon düzeyi ve sperm sayısı arasındaki ilişki araştırılmış, depresyon düzeyinin artması ile sperm sayısının azaldığı görülmüştür. Bhongade et al. (2015) infertil çiftlerin erkek partnerlerinde psikolojik stresin doğurganlık hormonları ve seminal kalite üzerine etkisini araştırmak amacıyla, Hindistan'da 70 infertil erkekle Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, anksiyete ve depresyon skorları yüksek olan erkeklerin sperm sayısı, motilitesi ve morfolojik olarak normal olan spermler negatif yönde korelasyon gösterdiği ve bu korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Wdowiak et al. (2017) infertilite tedavisi alan erkeklerde duygusal bozuklukların semen kalitesi üzerine etkisi araştırmak amacıyla, Polonya'da 60 fertil ve 112 subfertil erkekle yaptıkları çalışmada sperm sayısının ve semen hacminin STAI-I, STAI-II ve BDI skorları ile korele olduğu tespit edilmiş ve sonuç olarak; anksiyete ve depresyon semen hacmi ve sperm yoğunluğunun azalmasına neden olur denilmiştir. Yapılan literatür taramasında anksiyete ve depresyonun sperm sayısı ve

hareketliliğine etkisini inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır. Literatür sayısı sınırlı olmakla beraber çalışmamızın sonuçlarına benzer niteliktedir.

5.6. KADINLARIN DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN GEBELİK SONUCUNA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Toplumlarda çocuk sahibi olabilmek, hem kadın hem erkek için cinsel açıdan yeterlilik gibi algılanmakta ve çocuk sahibi olamayan çiftlerde problem kadına mal edilmektedir. Kadının öncelikli ve temel görevi annelik olarak görülen toplumlarda infertilite sorunu yaşandığında en büyük baskı kadına uygulanmaktadır. Bu durum daha ileriye taşınıp kadın eşitsizliğe, adaletsizliğe ve hatta şiddete maruz bırakılmaktadır (Baydar ve Yanikkerem, 2016). Kadınların yaşadıkları şiddete varan bu sorunlar göz önüne alındığında ne denli zor bir süreçle karşı karşıya kaldıkları ve güçlükler yaşadıkları tahmin edilebilmektedir.

İnfertilite ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çok büyük bir çoğunluğunun ilgili popülasyonda anksiyete ve depresyon varlığını saptamak ya da fertil ve infertil popülasyon arasındaki farklılığı araştırmak şeklinde tasarlandığı görülmektedir.

Kazandı ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada infertil çiftlerin durumluk ve sürekli anksiyete skorlarının fertil olan çiftlerden anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır. Ancak depresyon açısından bir farklılık gözlemlenmemişlerdir. Abbasi et al. (2016) Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğini kullanarak 100 infertil (primer ve sekonder) kadınla yaptıkları çalışmada %75 'inde anksiyete tespit edilmiştir. Bu kadınlarda göreceli olarak daha düşük (%31 oranında) depresyon tespit edilmiştir. Lakatos et al. (2017) Macaristan'da 225 kadınla (134 primer infertil ve 91 fertil) yaptığı çalışmada infertil grubun sürekli anksiyete ve depresyon skorlarının, fertil grubunkinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Benbella et al. (2018) Fas'ta 247 primer ve sekonder infertil kadınla BDI ve Hamilton Anksiyete Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada örneklemin %55'inde depresyon ve %45,6'sında hafif ila şiddetli anksiyete bulunmuş.

Ayrıca; Güz ve ark. (2003), 50 infertil kadın ve 50 sağlıklı kadınla yaptıkları çalışmalarında, iki grup arasında depresyon ve durumluk anksiyete açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Aldemir ve ark. (2015) 66 primer infertil çiftle ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, örneklemin anksiyete skorları normal sınırlarda, depresyon skorları ise klinik depresyona işaret etmeyecek düzeyde tespit edilmiştir. Ekinci ve ark. (2017) BDI ve Hamilton Anksiyete Ölçeği kullanarak 140 infertil kadınla (%79 primer ve %21 sekonder infertil) yaptıkları çalışmada depresyon skorlarının genel popülasyonunkinden daha düşük, anksiyete skorlarının ise genel popülasyona benzer olduğu bulunmuştur.

İncelenen çalışmaların farklı sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca tedavinin uygulanma amacı olan gebe kalma durumunun bu süreç sonucunda araştırıldığı çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu bağlamda çalışmamız infertilite tedavisinin başlangıç gününden gebelik tayinine kadar uzanan sürecin izlenmesi ve literatürde benzer çalışmanın çok kısıtlı olmasından dolayı da önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda, tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %59,37 iken, orta düzeyde olanların %57,89 bulunmuştur. Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.12).

OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %60; orta düzeyde olanların %57,44 olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.12).

Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %61,11 iken, orta düzeyde olanların %55,55 bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.13).

Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı %56,52; depresyonu olanların %63,63 olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı, depresyonu olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.14).

OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı %56; depresyonu olanların %66,66 olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı, depresyonu olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.14).

Anksiyete ve depresyonun gebelik sonucuna etkisini inceleyen çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Bu psikolojik öğelerin gebeliği etkilemediğini öne süren çalışmalar çoğunlukta olmakla beraber anksiyete ve depresyon ile gebelik sonuçları arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar da mevcuttur.

Terzioğlu'nun (1998) YÜT'e başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirenin danışmanlık hizmetinin etkinliğinin incelenmesi amacıyla, deney grubunda ve kontrol grubunda 30'ar primer infertil kadın olacak şekilde toplam 60 kadınla danışmanlık hizmeti verilerek yaptığı çalışmasında her iki grupta da gebelik pozitif sonuç alan kadınların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının gebelik negatif olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Atıcı'nın (2006) çalışmasında sürekli anksiyete ve tedavi öncesi ölçülen durumluk anksiyete skorları ile gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamışken, OPU günü ölçülen durumluk anksiyete skorları ile gebelik sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. OPU günü ölçülen durumluk anksiyete düzeyi yüksek olan kadınların gebelik pozitif sonuç alma oranları düşük olarak gözlenmiştir. Yine bu çalışmada tedavi öncesi ve OPU gününde ölçülen depresyon skorları ile gebelik sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Her iki ölçümde de depresyon skoru yüksek olan kadınların gebelik pozitif sonuç alma oranlarının düşmekte olduğu belirlenmiştir.

Karlıdere ve ark. (2008), infertil türk kadınlarında emosyonel distresin IVF ve / veya ICSI sonuçlara etkisini araştırmak amacıyla 104 primer infertil kadınlı yaptıkları çalışmada, ortalama durumluk anksiyete skorları $36,88 \pm 8,37$ tespit edilmiş ve gebe kalamayan kadınların gebe kalan gruba göre ortalama durumluk anksiyete skorları istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ortalama sürekli anksiyete skorları $47,11 \pm 6,19$ tespit edilmiş; gebe kalamayan ($49,46 \pm 5,74$) grubun, gebe kalabilen ($44,47 \pm 5,64$) gruba kıyasla sürekli anksiyete skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınların depresyon skorları ($8,50 \pm 5,41$) klinik depresyonu işaret edecek seviyeye ulaşmamış olmasına rağmen, gebe kalamayan kadınların gebe kalan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak daha şiddetli depresyon skorlarına sahip olduğu bulunmuştur. Gebe kalan ve kalamayan kadınlar arasında depresyon şiddeti ve durumluk-sürekli anksiyete dereceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gebe kalamayan kadınların depresyon, durumluk ve sürekli anksiyete seviyelerinin şiddeti gebe kalanlara göre anlamlı derecede artmıştır.

Gourounti et al. (2011) IVF ve ICSI tedavisi uygulanan kadınlarda psikolojik stres ile gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla, 160 primer ve sekonder kadınlı Atina’da yaptıkları çalışmalarında, gebe kalan kadınların kalamayanlara kıyasla istatistiksel olarak önemli derecede düşük durumluk anksiyete ve depresif semptomlara sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer olarak, Kokanalı ve ‘nın (2015) kaygı OI/IUI siklus başarisında etkili bir faktör olup olmadığını araştırmak amacıyla, 150 açıklanamayan infertil çiftle yaptıkları çalışmalarında IUI sonrası durumluk anksiyetenin klinik gebelik oranlarını olumsuz etkilerken, sürekli anksiyetenin sonuçları etkilemediğini saptamışlardır.

Terzioğlu’nun (2016) 217 primer infertil çiftle yaptığı çalışmada kadınların gebelik sonuçlarıyla durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak gebelik sonucu negatif gelen kadınların ortalama depresyon skorlarının, gebelik sonucu pozitif gelen kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları, araştırmamız ile farklılıklar göstermektedir. Örneklem grubundaki kadınların infertilite tanı ve öykülerinin farklı olması; ölüm yapılan zamanların değişiklik göstermesi nedeniyle sonuçların farklı olabileceği dşnlmektedir

Literatürde anksiyete ve depresyon ile gebelik sonucu arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur.

Kaya ve ark. (2008) çalışmalarında anksiyete ve depresyon puanları ile gebe kalma arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Lintsen et al. (2009) anksiyete ve depresyonun, ilk IVF veya ICSI tedavisinin iptali ve gebelik oranları üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmak amacıyla, IVF tedavisi gören infertil 690 kadınla Hollanda’da yaptıkları çalışmalarında durumluk anksiyete ve depresyon ile gebelik sonuçları arasında bir ilişki saptamamışlardır.

Yahşi’nin (2010) primer infertil kadınlarda psikososyal sorunların IVF başarısı üzerine etkilerini araştırmak amacıyla, 69 primer infertil kadınla yaptığı çalışmada gebe kalan ve kalamayan kadınların durumluk anksiyete puanları hafif düzeyde, sürekli anksiyete puanları yüksek düzeyde tespit edilmesine rağmen, iki grup arasında STAI-I ve STAI-II ölçeklerinden alınan puanlar açısından bir fark bulunamamıştır. Ayrıca hem gebelik elde edilen grubun hem de gebe kalamayan grubun depresyon skorları kesme puanının (17) altında tespit edilmiş ve iki grup arasında depresyon düzeyleri açısından bir fark bulunmamıştır.

An ve ark. (2011) hipofiz-adrenal ve sempatik sinir sisteminin, IVF tedavisi gören kadınlarda psikiyatrik bozukluklara cevap verme durumunu araştırmak amacıyla, 264 kadınla Çin’de yaptıkları çalışmalarında hem tedavi öncesi hem de OPU günü durumluk anksiyete ve depresyon ile gebelik sonuçları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Li et al. (2011) temel psikolojik stres ve yumurtalık norepinefrin düzeyleri, IVF sonucunu olumsuz yönde etkileyip etkilemediğini araştırmak amacıyla, ilk kez IVF tedavisi alan 107 kadınla Çin’de yaptıkları araştırmalarında tedavi öncesi ve OPU günü durumluk anksiyete ve depresyon ile gebelik sonuçları arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Zaig et al. (2012) kadınların psikolojik profili, psikiyatrik tanıları ve IVF sonuçları arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak amacıyla, ilk ya da ikinci IVF tedavisini alan 108 kadınla İsrail’de yaptıkları çalışmada ovulasyon indüksiyonu esnasındaki durumluk anksiyete ve depresyon ile gebelik sonucu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Pasch et al. (2012) psikolojik stresin IVF tedavisi sonucunu öngörüp öngörmediğini araştırmak amacıyla, San Francisco’da 200 primer ve sekonder infertil kadınla yaptıkları çalışmalarında, tedavi öncesinde CES-D (Centre

for Epidemiologic Studies Depression Scale) ve BDI ile yapılan ölçümlerin sonuçları gebelik pozitif ve negatif grup arasında anlamlı fark bulmamıştır.

Hashemi et al. (2012) anksiyete ve IVF başarısı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla, Tahran'da 180 kadına STAI-I ve STAI-II ölçeklerini OPU gününden önceki son kontrolde uygulayarak yaptıkları çalışmada ZIFT ve ET sonucunda gebelik oranları kıyaslandığında düşük ve yüksek anksiyete skorları grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Taguchi et al. (2015) kombine psikolojik stres incelemelerinin YÜT programında gebelik sonucu öngörüsünü araştırmak amacıyla, Japonya'da 113 infertil kadınla yaptıkları çalışmada ET günü depresyon ile gebelik sonucu arasında ilişki bulamamışlardır. Saravelos et al. (2016) ET sırasındaki ağrının YÜT sikluslarında klinik hamilelik ile bağımsız olarak ilişkisinin araştırmak amacıyla, 360 infertil kadınla Hong Kong'da yaptıkları çalışmalarında OPU günü durumluk anksiyete ve depresyon ile gebelik arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Turgay'ın (2017) IUI ve IVF uygulanacak primer ve sekonder infertil 215 kadın ve 165 erkekle yaptığı çalışmasında, tedaviler sonrası gebe kalabilenler ve gebe kalamayanlar, depresyon puanları açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırma sonuçlarımız, anksiyete ve depresyonun gebeliğe etkisini araştıran literatürdeki bu çalışmalar ile karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Araştırmamızda hem tedavi öncesi hem OPU günü durumluk anksiyeteleri ve sürekli anksiyeteleri hafif düzeyde olan kadınların, orta düzeyde olanlara göre daha fazla pozitif gebelik sonucu almış olmalarına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.12 ve Tablo 4.13). Araştırmamız sonuçları literatür ile uyumlu olup, düşük düzeydeki durumluk ve sürekli anksiyetenin pozitif gebelik sonucu elde etmede etkili olabileceğini söylemek eldeki verilerle mümkün olamamaktadır.

Araştırmamızda hem tedavi öncesi hem OPU günü depresyonu olmayan kadınların, depresyonu olanlara göre daha az pozitif gebelik sonucu almış olmalarına rağmen, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Bkz. Tablo 4.14). Araştırmamız sonuçları literatür ile uyumludur (Kaya ve ark., 2008; Lintsen et al., 2009; Yahşi, 2010; An ve ark., 2011; Li et al., 2011; Zaig et al., 2012;

Pasch et al., 2012; Taguchi et al., 2015; Saravelos, 2016; Turgay, 2017). Ancak kadınların hem tedavi öncesi hem OPU günü depresyon puan ortalamalarının klinik depresyonu işaret edecek düzeyin oldukça altında (Bkz. Tablo 4.5) bulunmasından dolayı, depresyon varlığının pozitif gebelik sonucu elde etmede etkili olabileceğini söylemek mümkün olmayacaktır. Ayrıca araştırmamızda kadın ve erkeklerin yoğun depresif semptomlar yaşamıyor olmalarında, çoğunluğunun (%75,5) 1 yıldan az ve 1-2 yıldır infertilite tedavisi alıyor olması ve yine büyük bir çoğunluğunun (%85,3) henüz ilk IVF denemesi olması da etkili olmuş olabilir (Bkz. Tablo 4.2).

İnfertilite ve IVF tedavisi pek çok boyutları olan, birden fazla etkenin rol aldığı karmaşık bir süreçtir. Süreç sonunda istenilen sadece gebelik elde edilmesi değil, eve canlı bir bebek götürmektir. Bu karmaşık süreç sonunda arzu edilen sonuca ulaşılmasında rol oynayan çok fazla unsur vardır. Tek başına anksiyete ve depresyon ölçümleri gebelikle ilgili net bilgi vermeyebilir. IVF tedavisi sürecinde anksiyete ve depresyon dışında yaşanabilecek olan, umutsuzluk, öfke, yalnızlık, benlik algısı, beden imgesi, baş etme stratejileri, korku ve çift uyumu gibi pek çok psikolojik faktör vardır. Bunların dışında yaşam biçimi davranışları, beslenme alışkanlıkları, beden kitle indeksi, genetik ve çevresel boyutlar gibi bazı faktörlerin de gebelik oluşumuna etkisi olabileceği düşünülmektedir. Gebelik sonucuna etki eden diğer faktörler olarak, kadının yaşı, infertilite süresi, IVF tedavi deneme sayısı, kliniğin gebelik oranları, embriyoloji laboratuvarının kalitesi, oosit kalitesi, sperm morfolojisi, embriyo kalitesi, E2, FSH, LH seviyeleri, endometrium kalınlığı ve uterin kan akışı sayılabilir.

IVF tedavisi her aşaması (tedavi öncesi, OPU, ET, gebelik tayini) farklı stres yaratabilen bir süreçtir. Bu süreç kadın ve erkeği farklı şekillerde etkilemektedir. Sosyal normları yerine getirmede yetersizlik, annelik duygusunun doyurulamaması, sosyal damgalanma gibi sorunlar kadınları yıpratırken, erkek bireyler soyunu devam ettirememek, erkeklik yeteneğini gösterememek ve çevre baskılarından dolayı yalnızlığa itilmek gibi durumlar yaşayabilirler. Kadınlar ve erkekler bu süreçlerden farklı şekillerde etkilenirler ve dolayısıyla farklı baş etme mekanizmaları kullanırlar. Tedavi sürecinde kadın ve erkek psikolojik etkenlere yönelik birlikte değerlendirilse tedaviyi kabullenmeleri ve iş birliği yapmaları kolaylaşır. Bunun sonucunda da kişilerin refah seviyesi yükselir, etkili bir tedavi uygulanabilir ve sonucunda başarılı

gebelik sonucu alınarak sağlıklı birey ve toplum temelleri atılabileceği düşünölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda yapılan önerilere yer verilmiştir.

IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte ve prospektif olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar;

- Çalışmamızda çiftlerin çoğunluğu 26-35 yaş grubunda olup, kadınların yaş ortalamasının $28,58 \pm 3,92$ olduğu, erkeklerin yaş ortalamasının $31,72 \pm 3,91$ olduğu, kadınların %48,8'inin erkeklerin ise %51,0'ının yüksekokul/fakülte mezunu oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan çiftlerin büyük çoğunluğunun (%20,6) ilde ikamet ettikleri ve kadınların %43,1, erkeklerin %98'inin gelir getiren bir işte çalıştıkları, ekonomik durumlarını "gelir gidere denk" şeklinde tanımladıkları, %79,4 'ünün isteyerek evlendiği, %70,6'sının "1-5 yıl arası" evlilik süresi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınların %19,6'sı sigara kullanıyorken, erkeklerin %59,8'inin sigara kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda erkeklerin %30,4'ünün kadınların ise %2,9'unun alkol kullandığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

- Çalışmamızda çiftlerin %43,1'inin 1 yıldan az süredir infertilite tedavisi gördükleri ve %85,3'ünün ilk IVF denemeleri olduğu, kadınların %40,2'sinin erkeklerin ise %41,2'sinin 1-2 yıldır çocuk istediği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kadınların %70,6 'sının çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve %96,1'i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak olduğunu ifade ettiği, %73,5'inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %62,7'si çevresiyle tüp bebek tedavisine başladığını paylaştığı, paylaşmayan kadınların ise %15,7'sinin insanlar soru sorduğunda stresi arttığı için paylaşmadığını, % 54,9'u başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmiştir. Çalışmamızdaki erkeklerin, %73,5'inin çocuk sahibi olmanın hayatında çok önemli olduğunu ve %94,1'i çocuk sahibi olma isteğinin nedeninin anne/baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak şeklinde ifade ettiği, %62,7'inin çocuğu olmamasının onu çok üzdüğünü belirttiği, %64,7'si çevresiyle tüp bebek tedavisine

başladığını paylaştığı, paylaşmayan erkeklerden ise %16,7'sinin tedavi başarısız olursa kimseye açıklama yapmak istemediği için paylaşmadığını, % 50'si başlanacak tedavinin başarı şansını yüksek gördüğünü ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

- Araştırmamızdaki çiftlerin Durumluk Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları; kadınların tedavi öncesi $37,03 \pm 9,5$ iken, OPU günü $38,13 \pm 8,4$; erkeklerin puan ortalaması tedavi öncesi $36,39 \pm 8,5$ iken, OPU günü $37,14 \pm 7,9$ 'dur. Hem kadınların hem de erkeklerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının orta anksiyete alt seviyesi olan 40 puana yakın olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3).

- Kadınların durumluk anksiyete puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında OPU günü ölçülen durumluk anksiyete puan ortalamaları tedavi öncesinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Buna göre kadınların tedavi öncesi ve OPU günü durumluk anksiyete puanları değişmiştir. Kadınların Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları tedavi öncesine göre, OPU gününde yükseliş göstermiştir.

- Erkeklerin tedavi öncesi ve OPU günü yapılan değerlendirmelere göre Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Erkeklerin durumluk anksiyetelerinde değişim görülmemektedir.

- Tedavi öncesi ve OPU günü kadın ve erkeklerin Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerden yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.3). Kadınlar erkeklere göre hem tedavi öncesinde hem de OPU gününde daha fazla durumluk anksiyete yaşamaktadırlar.

- Araştırmamızdaki çiftlerin, Sürekli Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları kadınların $41,66 \pm 8,08$ iken; erkeklerinki ise $37,21 \pm 7,54$ olarak bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları açısından kadın ve erkekler karşılaştırıldığında, kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklerin Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarından daha yüksek olup, aralarında

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$, Bkz. Tablo 4.4). Kadınların Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

- Araştırmamızdaki çiftlerin, Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puan ortalamaları, kadınların tedavi öncesi $7,77 \pm 6,7$ iken; OPU günü $6,88 \pm 6,4$ bulunmuştur. Erkeklerin puan ortalamaları tedavi öncesi $4,79 \pm 5,9$ iken; OPU günü $4,50 \pm 5,6$ bulunmuştur.

- Kadınların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları değişimi açısından iki ölçüm karşılaştırıldığında, OPU günü ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması, tedavi öncesi ölçülen Beck Depresyon Envanteri puan ortalamasına göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.5). Kadınların her iki ölçümde de Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, ölçeğin “depresyon yok” seviyesi olan 10 puanın altında bulunmuştur. Kadınların OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları tedavi öncesine göre düşüş göstermiştir.

- Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları değişimi açısından tedavi öncesi ve OPU günü karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.5). Erkeklerin her iki ölçümde de Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları, ölçeğin “depresyon yok” seviyesi olan 10 puanın altında bulunmuştur. Erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarında değişim bulunmamıştır.

- Tedavi öncesi kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması erkeklerinkinden yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.5).

- OPU günü kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,005$, Bkz. Tablo 4.5).

- Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $15,73 \pm 8,36$ iken, orta anksiyete düzeyinde

olanların oosit sayısı ortalamaları ise $13,71 \pm 9,89$ bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6).

- OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $15,12 \pm 8,25$ iken, orta düzeyde olanların oosit sayısı ortalamaları $14,80 \pm 9,83$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların oosit sayıları, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça oosit sayılarının azaldığı söylenebilir.

- Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların oosit sayısı ortalamaları $12,88 \pm 8,89$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların oosit sayısı ortalamaları $16,07 \pm 8,94$ bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınlarla, orta düzeyde olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların hafif veya orta sürekli anksiyete yaşamaları onların oosit sayılarını etkilememektedir.

- Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,37 \pm 8,17$ iken, depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $16,24 \pm 10,46$ bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6).

- OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların oosit sayısı ortalamaları $14,20 \pm 8,12$ iken, depresyonu olanların oosit sayısı ortalamaları $17,14 \pm 10,86$ bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınlarla, depresyonu olan kadınların oosit sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.6). Buna göre, kadınların tedavi öncesi ve OPU günü depresyonda olup olmamaları oosit sayılarını etkilememektedir.

- Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $28,20 \pm 14,10$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $24,37 \pm 17,24$ bulunmuştur. Tedavi öncesinde Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesinde durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm sayılarının azaldığı söylenebilir.

- Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm sayıları arasında % 20,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm sayılarının azaldığı saptanmıştır ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.11).

- Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $29,30 \pm 15,70$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları $21,60 \pm 13,33$ bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olanlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Hafif düzeyde sürekli anksiyeteye sahip erkeklerin sperm sayıları orta düzeyde sürekli anksiyeteye sahip erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

- Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,44 \pm 14,47$ iken, depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $30,20 \pm 22,55$ bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.7). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesinde depresyonda olup olmamaları sperm sayılarını etkilememektedir.

- OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $27,76 \pm 12,76$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm sayısı ortalamaları ise $25,32 \pm 12,77$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm sayıları, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.8). Buna göre, erkeklerin OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm sayılarının azaldığı söylenebilir.

- OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm sayısı ortalamaları $26,51\pm 12,13$ iken, depresyonu olanların sperm sayısı ortalamaları $31,00\pm 17,81$ bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerle, depresyonu olan erkeklerin sperm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.8). Buna göre, erkeklerin OPU günü depresyonda olup olmamaları sperm sayılarını etkilememektedir.

- Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,24\pm 12,79$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,37\pm 13,12$ bulunmuştur. Tedavi öncesindeki Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta düzeyde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesi durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

- Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 21,6 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$, Bkz. Tablo 4.11).

- Tedavi öncesi Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,21\pm 13,19$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,09\pm 12,27$ bulunmuştur. Tedavi öncesi ölçülen Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyinde olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, erkeklerin tedavi öncesi sürekli anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı söylenebilir.

- Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $66,06 \pm 12,64$ iken, depresyonu olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $57,30 \pm 13,51$ bulunmuştur. Depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği depresyonu olan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$, Bkz. Tablo 4.9). Buna göre, tedavi öncesi depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketlilikleri, depresyonu olan erkeklerden daha fazla bulunmuştur.

- Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 38,8 oranında negatif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p < 0,001$, Bkz. Tablo 4.11).

- OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $68,79 \pm 10,93$ iken, orta anksiyete düzeyinde olanların sperm hareketliliği ortalamaları $67,79 \pm 9,34$ bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan erkeklerin sperm hareketliliği, orta anksiyete düzeyindeki erkeklere göre yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.10). Buna göre, erkeklerin OPU günü durumluk anksiyete düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

- OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan erkeklerin sperm hareketliliği ortalamaları $69,04 \pm 10,26$ iken, depresyonu olanların sperm hareketliliği ortalamaları $63,10 \pm 10,57$ bulunmuştur. Depresyonu olan erkeklerin sperm hareketliliği depresyonu olmayan erkeklere göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$, Bkz. Tablo 4.10). Buna göre, erkeklerin OPU günü depresyon düzeyleri arttıkça sperm hareketliliğinin azaldığı söylenebilir.

- Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanları ile sperm hareketlilikleri arasında % 40,2 oranında negatif yönlü ve orta şiddet düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin OPU günü Beck Depresyon Envanteri puanları arttıkça sperm hareketliliklerinin azaldığı saptanmıştır ($p < 0,001$, Bkz. Tablo 4.11).

- Çalışmamızda, tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %59,37 iken, orta düzeyde olanların %57,89 bulunmuştur. Tedavi öncesi Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.12).

- OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %60; orta düzeyde olanların %57,44 olarak bulunmuştur. OPU günü Durumluk Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.12).

- Sürekli Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı %61,11 iken, orta düzeyde olanların %55,55 bulunmuştur. Sürekli Anksiyete Ölçeği düzeyi hafif düzeyde olan kadınların gebe kalma oranı, orta düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.13).

- Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı %56,52; depresyonu olanların %63,63 olarak bulunmuştur. Tedavi öncesi Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı, depresyonu olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.14).

- OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre, depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı %56; depresyonu olanların %66,66 olarak bulunmuştur. OPU günü Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarına göre depresyonu olmayan kadınların gebe kalma oranı, depresyonu olan kadınlara göre daha düşük olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Bkz. Tablo 4.14).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Tedavi için infertilite kliniğine başvuran her çiftin, rutin tetkik ve muayenelerle birlikte, anksiyete ve depresyon durumlarının da araştırılması,

Çiftlerin tedavi sürecinin her aşamasında yanında olan hemşirelerin, yaşanan stresi yönetebilecek güce sahip olabilmeleri için kendilerini profesyonel olarak geliştirmesi,

Yaşanılan kriz nedeniyle, psikolojik faktörler açısından riskli bir grup olan infertil bireyler için her infertilite kliniğinde bir psikolojik danışman olması,

İnfertilite ile ilgili çalışmalara sadece kadınların dahil edilmesi yerine, erkeklerin de çalışma grubuna alınması ve onların da psikolojik durumlarının da tanımlanması,

Benzer araştırmaların farklı infertilite ünitelerinde ve daha büyük popülasyonlarda yapılması,

Ayrıca depresyonun etkilerini daha iyi tanımlayabilmek için, infertilite süresi daha uzun ve IVF deneme sayısı fazla olan çiftlerin çalışma grubunda olması,

İleriki çalışmalarda anksiyete ve depresyonun gebelik sonucuna etkisini anlayabilmek için, klinik olarak anksiyete ve depresyon tanısı almış olan çiftlerle araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbasi, S., Kousar, R., and Sadiq, S. S. (2016). Depression and anxiety in Pakistani infertile women. *Journal of Surgery Pakistan (International)*, 21(1), 13-17.
- Ak, G. (2001). *İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Akdeniz, F. ve Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 70-74.
- Aksu T. Ve Demirtaş E. (2004). Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde: Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. G.S. Günalp. Z.S. Tuncer (Ed.). İstanbul: Pelikan Yayınları.
- Aktürk, F.S. (2006). *Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Akyüz, A. (2001). *IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aldemir, S., Eser, A., Turhan, N. O., Dalbudak, E. ve Topcu, M. (2015). Relation of Anxiety and Depressive Symptoms with Perceived Social Support According to Gender within Infertile Couples. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 28(4), 328-336
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil Ü. (2014). Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):345-350.
- An, Y., Wang, Z., Ji, H., Zhang, Y., Wu, K. (2011). Pituitary-adrenal and sympathetic nervous system responses to psychiatric disorders in women undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil. Steril.* 6, 404–408.
- Arabul, E. (2017). *Kaygı Durumları ile İletişim Becerilerinin İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Arbağ, E., (2015). İn vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi sırasında kadınların fiziksel aktivite durumları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 306-314.

- Arıcı, A. (2012). Yardımcı Üreme Teknikleri. *Türkiye Aile Planlaması Vakfı Görünüm Dergisi*, 2-15.
- Arıcı, A., Attar, E., Balaban, E., Buyru, F. ve Çolgar, U. (2006). *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Atay, Y. (2017). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Atıcı, D. (2006). *İnfertilite tedavisi uygulanan kadın ve erkeğin anksiyete ve depresyon düzeyinin oosit sayısı, sperm sayısı-hareketlilik, gebelik sonucuna etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Baydar, Ö. ve Yanikkerem, E. (2016). İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Boyutları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 7, 98-119.
- Bayram, A. (2015). *Folikül stimüle edici hormon reseptörü (FSHR) genindeki polimorfizmler ile kontrollü ovaryen hiperstimülasyonu cevabı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Benbella, A., Ktiri, F., Kasouati, J., Aboulmakarim, S., and Hardizi, H. (2018). Depression and Anxiety Among Infertile Moroccan Women: A Cross-Sectional Study in the Reproductive Health Center in Rabat. *J Depress Anxiety*, 7(312), 2167-1044.
- Benli, S. (2010). *İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Durumu Ve İlişkili Faktörler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Bhongade, M. B., Prasad, S., Jiloha, R. C., Ray, P. C., Mohapatra, S., and Koner, B. C. (2015). Effect of psychological stress on fertility hormones and seminal quality in male partners of infertile couples. *Andrologia*, 47(3), 336-342.
- Braat, D. D. M., Schutte J. M., Bernardus, R. E., Mooij, T. M., and Van Leeuwen, F. E. (2010). Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984–2008. *Human reproduction*, 25(7):1782-6.
- Cahill, D.J. and Wardle, P.G. (2002). Management of infertility. *BMJ*, 325, 28–32.

- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 57(2), 350-356.
- Çakır Güngör, A.N., Şahin, B., Karaahmet, E., Yüksel, B., Keskin, U. ve Duru, N. K. (2015). İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Hastalarda Üstbiliş İşlevleri ve Anksiyete. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(6), 196-199.
- Çavuşoğlu, İ. (2015). *İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelik, A. S. ve Kırca, N. Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyleri Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104-114.
- Demirci, N. ve Kızılkaya Beji, N. (Editörler) (2017). *İnfertilite hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Dikencik, B.K. (2001). Yardımcı üreme teknikleri. In: Beji N.K. (Ed.). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul: Emek Matbaacılık.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., and Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 14, 45-52.
- Durgun Ozan Y. (2009). *İnfertil Kadınların Tedavi Süreçleri İle İlgili Deneyimlerinin ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Durgun Ozan, Y. (2013). *Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Durmazoğlu, G. (2015). *İnfertilite Ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Duvan C., Şatıroğlu H., Berker B., Çetinkaya E., Kahraman K. (2003). Yardımla Üreme Tekniklerinde İmplantasyon ve Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 13(6), 466-476.
- Eğın, A.E. (2016). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Uyumluluğu Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ekinci, F., Tuncel, B., Uzuner, A., Anđın, A. D., Çoşkun, D. M., Sakin, Ö., ... and Şimşek, E. E. (2017). An evaluation of the psychosocial status of infertile women. *South Clin. Ist. Euras.* 28(3), 212-216.
- Endometriozis Kılavuzu (2014). Türkiye Endometriozis Tanı Ve Yönetim Kılavuzu 2014. Erişim Adresi: http://www.endometriozisderneği.com/sites/default/files/files/endometriozis_kilavuz_2014_final.pdf (2018, 20 Şubat).
- Erdem, K. (2012). *İnfertil Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek İle Depresyon Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Erk, A. ve Günalp, S. (Ed.) (2007). *Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite*. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., and Buchner, A. A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 39, 175-191.
- Gezginç, K., Cicek, N.M., Colakoğlu., M, Celik, C., Capar, M. ve Akyurek C. (2004). İntrauterin inseminasyon uygulama zamanı ve sayısının gebeliğin oluşumuna etkisi. *Perinatoloji ve Endokrinoloji Derneği Kadın Doğum Dergisi*, 2(4), 253-257.
- Golombok S. Psychological functioning in infertility patients. *Hum Reprod* 1992; 1:7, 2.
- Gordon, J.D. ve Speroff, L. (2003). *Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı*. A.Z. Işık ve K. Vicdan (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Gourounti, K., ve Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G. (2011). The Relation of Psychological Stress to Pregnancy Outcome Among Women Undergoing In-

- Vitro Fertilization and Intracytoplasmic Sperm Injection. *Women & Health*, 51, 321–339.
- Güneştaş, İ. (2011). *Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Gürkan, T., Gülerman, C., Özyer, Ş. (2017). IVF Sikluslarında Kontrollü Ovaryan Stimülasyon. *TJRMS* 1(1), 42-5
- Güz, H., Özkan, A., Sarısoy, G., Yanık, E. ve Yanık, A. (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 267-271 December 2003
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı.
- Hashemi, S., Simbar, M., Ramezani-Tehrani, F., Shams, J., and Majd, H. A. (2012). Anxiety and success of in vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 164(1), 60-64.
- Hassa, H. (2004). İnfertil Olguların Değerlendirilmesi. *Actual Medicine*, 12(9), 72-80.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.
- Işıkcı, T. (2012). *Açıklanamayan İnfertilite Olgularında İvf Başarısı Önceden Predikte Edilebilir Mi?*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- İslimye Taşkın, M., Usta, A., Cüce, C., Adalı, E. ve Arslan, M. (2016). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon ve ilişkili faktörler. *European Journal of Health Sciences*, 2(3), 79-84.
- Kamacı S (2003). *Primer İnfertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Mezuniyet Tezi), Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir.
- Kara, S. (2011). *Isparta ilinde infertilite üzerine epidemiyolojik değerlendirme*. (Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Isparta.

- Karaca, A. ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 80-85.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Özmenler, K. N., Ozsahin, A., Kucuk, T. ve Yetkin, S. (2008). The influence of emotional distress on the outcome of in-vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatment among infertile Turkish women. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(1), 55-64.
- Kaya, N., Seyfioğlu, U. ve Nazan, E., (2008). *Tavmergen Göker. İnfertil çiftlerin, psikolojik özelliklerinin gebelik ile ilişkisi*. Güncel Üreme Endokrinolojisi, Yardımcı Üreme Teknikleri Kongresi ve 1. Üreme Tıbbı Derneği, Çeşme-İzmir.
- Kazandı, M., Gunday, O., Mermer, T. K., Erturk, N., ve Ozkınay, E. (2011). The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iranian journal of reproductive medicine*, 9(2), 99-104.
- Keskin Gürbüz, Ş. (2007). *İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumu ve Depresif Durumun In Vitro Fertilizasyon (IVF) - Embriyo Transferi (ET) Sonuçlarına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Keskin, G. ve Babacan Gümüş, A. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 9-16.
- Kırca, N. (2011). *İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178.
- Kırço Çoban, T. ve Dinç, A. (2013). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 46-53.
- Kızılkaya Beji, N. (Ed.). (2009). *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic.A.Ş.
- Kızılkaya Beji, N. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Kızılkaya Beji, N. ve Kaya, D. (2012). İnfertilitede Birey-Çift ve Grup Danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (3), 10–13.
- Kokanalı, D., Kuntay Kokanalı, M., Eroğlu, E. ve Yılmaz, N. (2015). Is anxiety an effective factor on the success of ovulation induction/intrauterine insemination cycle? *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 6, 770-773.
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., and Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 48.
- Li, X.H., Ma, Y.G., Geng, L.H., Qin, L., Hu, H., Li, S.W. (2011). Baseline psychological stress and ovarian norepinephrine levels negatively affect the outcome of in vitro fertilization. *Gynecol. Endocrinol.* 27, 139–143.
- Lintsen, A.M.E., Verhaak, C.M., Eijkemans, M.J.C., Smeenk, J.M.J., Braat, D.D.M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Hum. Reprod.* 24, 1092–1098.
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., and Taplin, J. E. (2010). Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertility and sterility*, 93(2), 517-526.
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., and Omani Samani, R. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(3), 253-256.
- Mutlu, M. F., Baştu, E. ve Öktem, M. (2013). Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış *Gazi Medical Journal*, 24, 29-32.
- Oğuz, H. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Onrat, T. (2018). *Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

- Öner, N. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz/Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O. ve Özçelik, A. (2007) İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 140-148
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., and Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and sterility*, 98(2), 459-464.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*. 88(4), 911-914.
- Pinar, G. ve Zeyneloğlu, H. B. (2012). Quality of life, anxiety and depression in turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International journal of fertility & sterility*, 6(1), 1.
- Resmi Gazete (2010). Üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri hakkında yönetmelik. *Tarih: 06.03.2010 ve Sayı: 27513*.
- Sakıncı, M., Ercan, C.M., Çetinkaya, M.B., (2012). OPU işlemi ve Komplikasyonları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(3), 219-225.
- Saravelos, S.H., Wong, A.W., Kong, G.W., Huang, J., Klitzman, R., Li, T.C. (2016). Pain during embryo transfer is independently associated with clinical pregnancy in fresh/frozen assisted reproductive technology cycles. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 42, 684–693.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Stewart D. E., Robinson G. E., Infertility by choice or by nature. *J Psychiatry* 1999; 54: 886-889.
- Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008). *Kadın Sağlığı*. Ahsen Şirin (Ed.). İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Taguchi, S., Hayashi, T., Tada, Y., Kitaya, K., Funabiki, M., Iwaki, Y., Karita, M., Nakamura, Y. (2015). Do combined psychological stress examinations predict pregnancy outcome in an assisted reproductive technology program? *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 42, 309–310.

- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105-10.
- Taşkın, L. (2000). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşkın, L. (2007). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık.
- Terzioglu, F., Turk, R., Yucel, C., Dilbaz, S., Cinar, O. ve Karahalil, B. (2016). The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African health sciences*, 16(2), 441-450.
- Terzioğlu, F., (1998). *Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Teskereci, G. (2010). *İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya
- Yanık Tok, N. (2005). *İnfertil Çiftlerde, İnfertilite Tedavisi Esnasında Erkeklerdeki Psikososyal Durumun İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Topdemir Koçyiğit, O. (2012), İnfertilite ve Sosyo-kültürel Etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-38.
- Turgay, B. (2017). *İnfertilite Şikayeti Olan Çiftlerde Depresyon Sıklığı Ve Hayat Kalitesinin Araştırılması*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık). Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.
- Turner, K., Reynolds-May, M.F., Zitek, E.M., Tisdale, R.L., Carlisle, A.B., Westphal, L.M. (2013). Stress and anxiety scores in first and repeat IVF cycles: a pilot study. *PLoS ONE* 8, e63743.
- TÜİK (2012) TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do%3Fid%3D13142> (2019, 1 Ağustos).

- Uğur, A.S. (2014). *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, (2005). Erişim adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11201,97836rehber-cilt-1pdf.pdf?0> (2018, 25 Temmuz).
- Uyar, B. (2015). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Diyarbakır.
- Üner, E. (2017). *İnfertilite Kliniğinde Tedavi Gören Kadınların Yalnızlık Düzeyi ve Algıladıkları Aile Desteğinin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., and Braat, D. D. M. (2006). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 22(1), 305-308.
- Wdowiak, A., Bien, A., Iwanowicz-Palus, G., Makara-Studzinska, M., and Bojar, I. (2017). Impact of emotional disorders on semen quality in men treated for infertility. *Neuroendocrinology Letters*, 38(1), 50-58.
- Xu, H., Ouyang, N., Li, R., Tuo, P., Mai, M., and Wang, W. (2016). The effects of anxiety and depression on in vitro fertili-sation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, Health and Medicine*, 22, 37-43.
- Yahşi, S. (2010). *Primer İnfertil Kadınlarda Psikososyal Sorunların İvf Başarısı Üzerine Etkileri*. Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O. Ve Sevil, Ü., (2008). İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-121.
- Yassa, M. (2016). *Primer ve Sekonder İnfertil Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Yıldırım A., Hassa H. (1995). İnfertilite Danışmanlığı. *Türk Fertilite Dergisi*, 3(1), 71-

- Yılmaz, G. (2012). *İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Rollerini Ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, T. Ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015). İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2 (1), 100-112.
- Yiğitoğlu, S. (2009). *Adolesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri İle Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yumru, A. E. ve Öndeş, B. (2011). İnfertilite ve İVF'e Hasta Seçimi. *JAREM*, 1, 57-60
- Zaig, I., Azem, F., Schreiber, S., Gottlieb-Litvin, Y., Meiboom, H., Bloch, M. (2012). Women's psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? *Arch. Womens Ment. Health* 15, 353–359.

EKLER

Ek 1. VERİ TOPLAMA FORMU

Adı soyadı:

Tel:

1. Cinsiyet: Kadın Erkek

2. Yaşınız: 1. 18-25 2. 26-35 3. 36-45 4. 46 ve üzeri

3. Boyunuz ve Kilonuz ?.....BKİ.....

4. Eğitim durumunuz? 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul / Fakülte

5. Yaşadığınız yer? 1. Köy 2. İlçe 3. İl 4. Büyükşehir 5. Yurt dışı

6. Sosyal güvenceniz? 1. Var 2. Yok

7. Çalışıyor musunuz? 1. Evet (Belirtiniz.....)(2. Hayır

8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Gelirimiz giderimizden az 2. Gelirimiz giderimize denk 3. Gelirimiz giderimizden fazla

9. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Kullanmıyor 2. 1-9 adet/gün 3. 10-19 adet /gün 4. 1 paket ve üzeri /gün

10. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

11. Aile yapınız nasıl? 1. Çekirdek 2. Geniş

12. Evlilik şekliniz nasıl?(1. İsteyerek 2. Görücü usulü

13. Kaçınıcı evliliğiniz? 1. İlk 2. İkinci 3. Üç ve üstü

14. Kaç yıllık evlisiniz? 1. 1 yıl 2. 1-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 11 yıl ve üstü

15. Ne kadar zamandır çocuk istiyorsunuz?

1. 1 yıldan az 2. 1-2 yıl 3. 3-5 yıl 4. 6-10 yıl 5. 11 yıl ve üstü

16. Kaç yıl infertilite tedavisi gördünüz?

1. 1 yıldan az 2. 1-2 yıl 3. 3-5 yıl 4. 6-10 yıl 5. 11 yıl ve üstü

17.Çocuk sahibi olmanın hayatınızdaki önemi nedir?

- () 1. Birincil düzeyde / çok önemli () 2. İkincil düzeyde / önemli
 () 3. Üçüncül düzeyde / orta düzeyde önemli () 4. Pek önemli değil

18. Niçin çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? (Dilerseniz birden fazla şık işaretleyebilirsiniz, önem derecesine göre 1,2,3,... şeklinde belirtiniz)

- () 1. Anne / baba olma sorumluluğunu almak ve o duyguyu yaşamak için
 () 2. Çocukları çok sevdiğim için
 () 3. Neslin devamını sağlamak için
 () 4. Aileyi tamamlamak için
 () 5. Evliliğimizi, sevgimizi güçlendirmek için
 () 6. Yalnızlıktan kurtulmak için
 () 7. Yaşlılıkta bakacak birinin olması için
 () 8. Çevre baskısından kurtulmak için
 () 9. Çocuklu çiftleri kıskandığım için
 () 10. Diğer.....
-

19. Çocuğunuzun olmaması sizi ve nasıl etkiliyor?

- () 1. Çok üzülüyorum () 2. Boşanmaktan korkuyorum
 () 3. Eşimden ve ailesinden utanıyorum () 4. Çok mutsuzum () 5. Hiçbir şey değişmedi
-

20. Çevrenizle tüp bebek tedavisine başladığınızı paylaştınız mı? () 1. Evet () 2. Hayır

21. (Cevabınız hayır ise) Tedaviye başladığınızı çevrenizle niçin paylaşmadınız?

- () 1. Başarısız olursa kimseye açıklama yapmak istemiyorum
 () 2. Başarısız olursa çevrem de çok üzülecek
 () 3. İnsanlar soru sorduğu zaman stresim artıyor
 () 4. Diğer.....
-

22. Başlanacak olan tedavinizin başarı şansı sizce nedir? () 1. Düşük () 2. Orta () 3. Yüksek

23. Şimdiye dek uygulanan yöntemler:

..... Kez Kez Kez

24. Kaçınıcı tüp bebek denemeniz?

1. İlk 2. İkinci 3. Üçüncü 4. Dördüncü 5. Beş ve üstü

25. Acıbadem Eskişehir Hastanesi Tüp Bebek Merkezindeki kaçınıcı tedaviniz?

1. İlk 2. İkinci 3. Üçüncü 4. Dördüncü 5. Beş ve üstü



Ek 2. VAKA TAKİP FORMU

<p>Bayan:</p> <p>Komplikasyonlar:</p> <p>() Komplikasyon yok () Hiperstimülasyon</p> <p>() Hiç over cevabının oluşmaması</p> <p>() Diğer.....</p> <p>Tedavinin kesintiye uğrama durumu: () Yok () Var.....</p> <p>Yeterli oosit sayısı: () Ulaşıldı adet () Ulaşılamadı</p> <p>Sağlıklı embriyo: () Oluştı () Oluşmadı</p> <p>Embriyo transferi: () Yapıldı () Yapılmadı</p> <p>Gebelik: () Pozitif () Negatif</p> <p><u>KOH Protokolü:</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Tarih</th> <th style="width: 15%;">E2(estradiol)</th> <th style="width: 20%;">Sağ Over(folikül sayısı ve boyutu)</th> <th style="width: 20%;">Sol Over(folikül sayısı ve boyutu)</th> <th style="width: 15%;">Doz(gonadotropin)</th> <th style="width: 10%;">Endomet (mm)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tarih	E2(estradiol)	Sağ Over(folikül sayısı ve boyutu)	Sol Over(folikül sayısı ve boyutu)	Doz(gonadotropin)	Endomet (mm)													<p>HCG verilme günü ve saati:</p> <p>.....</p> <p>....</p> <p>OPU günü ve saati:</p> <p>.....</p> <p>....</p> <p>ET tarihi:</p>										
Tarih	E2(estradiol)	Sağ Over(folikül sayısı ve boyutu)	Sol Over(folikül sayısı ve boyutu)	Doz(gonadotropin)	Endomet (mm)																								
<p><u>Bay:</u></p> <p><u>Sperm Analizi (SA):</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"> </th> <th style="width: 10%;">Tarih</th> <th style="width: 10%;">Sayı</th> <th style="width: 15%;">Motilite(%)</th> <th style="width: 30%;">PHSS(Progresif HareketliSpermSayısı)</th> <th style="width: 15%;">Morfoloji(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SA1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>SA2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>SA3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>							Tarih	Sayı	Motilite(%)	PHSS(Progresif HareketliSpermSayısı)	Morfoloji(%)	SA1						SA2						SA3					
	Tarih	Sayı	Motilite(%)	PHSS(Progresif HareketliSpermSayısı)	Morfoloji(%)																								
SA1																													
SA2																													
SA3																													

STAI FORM – I**Adı Soyadı:****Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM – 2

Adı Soyadı:**Tarih:**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 4. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

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

1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2) a. Gelecekte umutsuz değilim
b. Gelecek konusunda umutsuzum
c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d. Kendimden nefret ediyorum
8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum

c. Şimdilerde her an ağlıyorum
d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d. Artık hiç karar veremiyorum
14)a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum
b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum
c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d. Artık hiç çalışmıyorum
16)a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)a. İştahım eskisinden pek farklı değil
b. İştahım eskisi kadar iyi değil
c. Şimdilerde iştahım epey kötü
d. Artık hiç iştahım yok
19)a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum

c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı



Ek 5. ETİK KURUL İZİNİ

SAYI: ATADEK-2017/16
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR, Filiz DEMİRHAN

Sorumluluğunu yürüttüğünüz "**İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Tedavisi Uygulanan Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Gebelik Sonucuna Etkisi**" başlıklı proje 26.10.2017 tarih 2017/16 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2017-16/12 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "I. H. ULUS".

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Başkanı

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

In Vitro Fertilizasyon (IVF) Tedavisi Uygulanan Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Gebelik Sonucuna Etkisi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Yrd. Doç. Dr. Fatma BAŞAR, Filiz DEMİRHAN

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (X) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi: 26.10.2017

Karar Numarası: 2017-16/12

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	()
Prof. Dr. Mert Ülgen		(X)	()
Doç. Dr. Ükke Karabacak		(X)	()
Doç. Dr. A. Elif Eroğlu Büyükköner		(X)	()
Doç. Dr. Berrin Karadağ		(X)	()
Yrd. Doç. Dr. Fatih Artvinli		(X)	()
Yrd. Doç. Dr. Günseli Bozdoğan		(X)	()

Ek 6. KURUM İZİN YAZISI**ACIBADEM**

Sayı : 1738
Konu : Yüksek Lisans Hk.

11.10.2017

Hemşire Filiz Demirhan,

İletmiş olduğunuz yazınıza istinaden, " IVF tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon düzeyinin gebelik sonucuna etkisi " konulu yüksek lisans tez tez projenizi Tüp Bebek Merkezimizde yapmanız uygun bulunmuş olup,

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Taner GÜNEŞ
Mesul Müdür/Başhekim
Özel Acibadem Eskişehir Hastanesi

Bilgi İçin : Gamze Ece GÜRSES / Mine BILGIÇ
Unvan : Yönetici Asistanı
İletişim : 222 214 4002/4007
e-mail : eskyoneticiasistanlari@acibadem.com.tr

Ek 7. DURUMLUK-SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda tez çalışması yapan Filiz Demirhan'ın "IVF Tedavisi Uygulanan Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Seviyesinin Gebelik Sonucuna Etkisi" konulu lisans tezinde "Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



Ek 8. DEPRESYON ENVANTERİNİN KULLANIM İZİN YAZISI

Pro.Dr.Nesrin Hisli Şahin tarafından iletilmesi istenmiştir

Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
Alıcı: ben

12 Mart Sal 00:20

Sayın Demirhan,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

3 Ek

BECK DEPRESYON

Beck Depresyon En

Beck Depresyon En

05:53
4.04.2019

Ek 9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Çalışmanın Adı: In Vitro Fertilizasyon (IVF) Tedavisi Uygulanan Çiftlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin Gebelik Sonucuna Etkisi

Değerli Katılımcılar;

Bu çalışma bir bilimsel araştırma olup, In Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi uygulanan çiftlerde anksiyete ve depresyon skorlarının gebelik sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmada size, planlanan tedaviniz dışında bir girişimde bulunulmayacaktır. Tedavi planlanınız oluşturulduktan sonra, sizinle tedavi başlangıç gününüzde ve yumurta-sperm toplama gününüzde olacak şekilde iki kez yaklaşık 20’şer dakika görüşülerek sorular yöneltilecektir, dosyanızdan tedavinin sonuçları alınacak ve tedavi sonrasında gebelik oluşup oluşmadığı takip edilecektir. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 100 kadın 100 erkek olmak üzere toplam 200 kişidir.

Sizin, bu araştırmayla ilgili olarak yöneltilen sorulara samimi cevap vermek dışında herhangi bir sorumluluğunuz yoktur. Araştırma sizin için bir risk içermemektedir, herhangi bir yararı ya da zararı bulunmamaktadır. Size bu araştırmada yer almanız nedeniyle ödeme yapılmayacak ya da ekstra bir ücret talep edilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin zararınıza yol açmayacaktır ve kesinlikle tedavi rutininizde bir değişiklik olmayacaktır. Araştırmacı, bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. başka nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 539 289 07 47 numaralı telefonda **Hemşire Filiz Demirhan** ile görüşebilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Katılımcı;

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

**Açıklamaları yapan araştırmacının,
İmza:**

**Katılımcının,
Adı-Soyadı:**

İmza:

Ek 10. İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ KURSU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Üreme Sağlığı, Teşhis, Tedavi,
Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
1948

KADIN SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ
DERNEĞİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
1948

KATILIM BELGESİ

Sayın Filiz DEMİRHAN

26.04.2019 tarihinde merkezimizde düzenlenen "İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ KURSU"na katılmıştır.

Prof. Dr. Başkazan ÖZMEN
Merkez Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı : Filiz DEMİRHAN

Doğum tarihi ve yeri : 09.07.1982 Eskişehir

Eğitim

Yüksek Lisans : Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Hemşirelik Tezli
Yüksek Lisans Programı (2015- halen)

Lisans : Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu-
Hemşirelik (2005)

Lise : Eskişehir Yunus Emre Lisesi-1999

İlkokul : Eskişehir Vali Bahaeddin Güney İlköğretim Okulu-
1995

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2006-2008	: Özel Anadolu Hastanesi	Koroner Anjiyografi Hemşiresi ve Anjiyo Birimi Sorumlu Hemşiresi
2009-2011	: Özel Ümit Hastanesi	Ameliyathane Hemşiresi
2012-Halen	: Acıbadem Eskişehir Hastanesi	Ameliyathane Hemşiresi

Yabancı Dil : YÖKDİL (2017): 68,75

ALES : ALES-SAY 65,74 (İlkbahar-2017):

Eğitim, Kurs ve Kongreler

- 23. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (19-27 Ekim 2007)
- Türk Kardiyoloji Derneği- III. Hemşireler İçin İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu (26-26 Mayıs 2008)
- 24. Ulusal Kardiyoloji Kongresi (24-27 Ekim 2008)

- DOĞSAN-Cerrahi Dikiş İplikleri ve İğneleri Eğitimi (4 Kasım 2009)
- DOĞSAN- Cerrahi Dikiş İplikleri ve İğneleri Eğitimi (16 Haziran 2010)
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Toplantısı (02 Ekim 2010)
- 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (5-8 Mayıs 2011)
 - Ameliyathanede Malzeme Yönetimi Bilgi Güncelleme Oturumu (5 Mayıs 2011)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Hemşirelik Sempozyumu (16-19 Şubat 2012)
 - Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Kursu (16 Şubat 2012)
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Gelişim Departmanı – Kardiyolojik Pulmoner Resüsitasyon (CPR) Eğitimi (25 Temmuz 2012)
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Gelişim Koordinatörlüğü ve Ameliyathane-Merkezi Sterilizasyon Üniteleri Koordinatörlüğü – “Ameliyathane Hemşireliği/Teknisyenliği Bilgi Güncelleme”
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Gelişim Departmanı – Klinik Eğitim Hemşireliği Aday Yetiştirme Programı (Ocak-Aralık 2015)
- Acıbadem Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri – “Hemşireler Değişim İçin Bir Güç: Etkili Bakım, Etkin Maliyet” Programı (15 Mayıs 2015)
- Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Gelişim Koordinatörlüğü – Kardiyolojik Pulmoner Resüsitasyon (CPR) Eğitimi (18 Nisan 2017)
- 7. Acıbadem Kadın Doğum Günleri (28-30 Mart 2019)
- Ankara Üniversitesi Üreme Sağlığı Teşhis-Tedavi, Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi - İnfertilite Hemşireliği Kursu (26 Nisan 2019)

İrtibat Bilgileri

e-mail: filizdemirhan82@gmail.com