



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA İNFERTİLİTENİN  
HAYAT KALİTESİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

HAZIRLAYAN: BÜŞRA BENĞİ SÜNGER  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

1. Danışman

Dr. Öğr. Üyesi. Dr. HAYRUNNİSA YEŞİL

2. Danışman

Dr. Öğr. Üyesi. Dr. NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ

MANİSA-2018





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZIRLAYAN: BÜŞRA BENĞİ SÜNGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

1.Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Dr. HAYRUNNİSA YEŞİL

2.Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Dr. NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY

Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ

MANİSA-2018

## BEYAN

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

**Büşra BENĐİ SÜNGER**

**İmza**

## ÖNSÖZ

Öncelikle beni bu yaşa getiren Canım Annem Yurdagül BENGİ'ye, Sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen Canım Babam Hüseyin BENGİ'ye, Gerek mesleki gerek sosyal yaşamda beni her daim yüreklendiren, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen Biricik eşim Mürsel SÜNGER'e,

Araştırma konusunun seçilmesi ve yürütülmesi aşamasında desteklerini esirgemeyen, göstermiş olduğu bilimsel katkıları ile sabır ve anlayışlarından dolayı çok değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL'e,

Araştırmamın yürütülmesi aşamasında engin bilgi ve tecrübesi ile bana zaman ayırarak destek veren çok değerli 2. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye,

Değerli önerileri ile tezime ışık tutan, yorumları ile tezimi zenginleştiren ve beni yalnız bırakmayan değerli tez jürilerim Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY, Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN ve Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ 'ye,

Araştırmam sırasında yardımlarından dolayı çalışmanın yürütüldüğü Tüp Bebek Merkezi'nin tüm ebe/hemşire ve hekimlerine,

Çalışmama katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm servis başvuranlarına,

Her biri ayrı emek ve destekle bana güç veren ve gelişimime katkı sağlayan ilkokuldan bu yana üzerimde emeği olan tüm eğitim sever hocalarıma,

Verdikleri destek ve gösterdikleri sonsuz anlayıştan dolayı çalışma arkadaşlarım ve yöneticilerime,

Hayata yaklaşımında bana varlıklarıyla çok şey katan ve bana inanan Tüm Dostlarıma gönülden sonsuz Teşekkürlerimi sunuyorum...

**Büşra BENGİ SÜNGER**

# İÇİNDEKİLER

## TEZ ONAYI

## BEYAN

ÖNSÖZ.....i

İÇİNDEKİLER.....ii

TABLolar DİZİNİ.....v

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....vi

ÖZET.....1

ABSTRACT.....3

**1. GİRİŞ ve AMAÇ.....5**

1.1. Araştırmanın Konusu.....5

1.2. Araştırmanın Amacı.....7

1.3. Hipotezler.....7

1.4. Varsayımlar (Sayıtlar).....7

1.5. Araştırmanın Önemi.....7

1.6. Sınırlılıklar.....8

1.7. Araştırmanın Soruları.....9

**2. GENEL BİLGİLER.....10**

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve İnsidansı.....10

2.2. İnfertilitenin Tarihçesi.....12

2.3. İnfertilite Nedenleri.....13

2.4. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi.....15

2.4.1. Kadının Değerlendirilmesi.....15

2.4.2. Erkeğin Değerlendirilmesi.....17

2.5. İnfertilitenin Tedavisi.....19

2.5.1. Yardımla Üreme Teknikleri.....	20
2.5.1.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI).....	20
2.5.1.2. İn-Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET).....	21
2.5.1.3. İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI).....	21
2.5.2. Ovulasyon İndüksiyonu.....	21
2.6. İnfertilite ve Hayat Kalitesi.....	22
2.7. İnfertil Çifte Ebelik-Hemşirelik Yaklaşımı.....	23
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	25
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	27
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.4.2. Dışlanma Kriterleri.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	27
3.5.2. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol).....	28
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	29
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	29
3.8. Araştırma Etiği.....	30
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
4.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgileri.....	31
4.2. Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özellikleri.....	33
4.3. Kadınların FertiQol Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	35
4.4. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	36
4.5. Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin	

Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	38
4.6. Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	40
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>43</b>
5.1. İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	43
5.2. İnfertil Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	45
5.3. Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	47
5.4. Kadınların FertiQol ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre İncelenmesi.....	48
5.5. Kadınların FertiQol Puan Ortalamalarının Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	49
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>
<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>54</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ.....</b>	<b>58</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>68</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> İnfertilite Nedenleri.....	14
<b>Tablo 2.</b> Klasik Semen Analizi.....	18
<b>Tablo 3.</b> FertiQol Ölçek Maddelerinin Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.</b> Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
<b>Tablo 5.</b> Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin Özellikleri.....	32
<b>Tablo 6.</b> Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özellikleri.....	33
<b>Tablo 7.</b> Kadınların FertiQol ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	35
<b>Tablo 8.</b> Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	36
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	38
<b>Tablo 10.</b> Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları.....	40

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FertiQol</b>	: Fertility Quality of Life Questionnaire
<b>IVF</b>	: İn Vitro Fertilizasyon
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>Oİ</b>	: Ovulasyon İndüksiyonu
<b>GIFT</b>	: Gamet Intra-Fallopian Transfer
<b>ZİFT</b>	: Zigot Intra-Fallopian Transfer
<b>İCSI</b>	: İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ET</b>	: Embriyo Transferi
<b>PCOS</b>	: Polikistik Over Sendromu
<b>FSH</b>	: Folikül Uyarıcı Hormon
<b>LH</b>	: Lüteinizan Hormon
<b>E2</b>	: Östrodiol
<b>TSH</b>	: Thyrotrophin-Stimulan Hormon
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>HSG</b>	: Histerosalpingografi
<b>HOS Testi</b>	: Hipoosmolar şişme testi
<b>MAR Testi</b>	: Mikst Aglutinasyon Reaksiyonu Testi
<b>OAT</b>	: Azospermi veya Aşırı Oligo-Asteno-Teratozoospermi
<b>YÜT</b>	: Yardımla Üreme Teknolojisi

<b>IUI</b>	: İnteruterin İnseminasyon
<b>KS</b>	: Klomifen Sitrata
<b>hMG</b>	: Human Menopausal Gonadotropin
<b>HCG</b>	: Human Koryonik Gonodotropin
<b>MESA</b>	: Mikrocerrahi İle Epididimal Sperm Aspirasyonu
<b>PESA</b>	: Perkutan Epididimal Sperm Aspirasyonu
<b>TESE</b>	: Testisten Biopsi İle Sperm Elde Edilmesi
<b>LFD</b>	: Luteal Faz Defekti
<b>OPU</b>	: Oocyte Pick-Up (Yumurta Toplama İşlemi)
<b>TESA</b>	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>KW</b>	: Kruskal Wallis Testi
<b>U</b>	: Mann Whitney U
<b>F</b>	: Tek yönlü varyans analizi,
<b>t</b>	: Bağımsız gruplarda t testi
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## ÖZET

### KADINLARDA İNFERTİLİTENİN HAYAT KALİTESİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Büşra BENĞİ SÜNGER

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL

2. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Ebelik Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu çalışma, infertil kadınların hayat kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında İzmir’de bir hastanenin tüp bebek merkezine başvurmuş infertilite tanısı almış 151 kadın ile yürütülmüştür. Veriler tanıtıcı bilgi formu ve Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, spearman korelasyon analizi, Mann Whitney U ve Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kadınların yaş ortalamaları  $31,05\pm 5,00$ , evlilik süresi ortalamaları  $6,74\pm 4,15$  yıl olup, %29,8’i ilkokul ve altı eğitime sahip, %59,6’sı çalışmıyor, %57,6’sının gelir durumu orta düzeyde ve %66,2’si eşleri ile flört ederek evlenmişlerdir. Kadınların %39,7’si 5 yıl ve daha uzun süredir gebe kalamamakta, %58,9’u gebe kalamama nedenini bilmemekte, gebe kalamama nedenini bilenlerin %66,1’i kadına ait faktörler nedeni ile gebe kalamamaktadır. Kadınların Çekirdek Modülü toplam puan ortalaması  $65,65\pm 18,32$ , Tedavi Modülü toplam puan ortalaması  $62,35\pm 15,94$  ve FertiQol toplam puan ortalaması  $64,68\pm 16,08$ ’dir. Çocuk sahibi olanların ve gebe kalamama süresi daha kısa olanların FertiQol Çekirdek Modülü ve FertiQol toplam puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur.

Sosyal güvenceye sahip ve gebe kalamama nedenlerini bilenlerin FertiQol Tedavi Modülü puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Hayat kalitesi infertil kadınlarda tedavi sürecini etkileyen önemli bir değişkendir. Çalışmada infertil kadınlarn hayat kalitelerinin düşük olduğu, infertilite tipinin, süresinin ve nedeninin hayat kalitesini etkilediği belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri infertil kadınlarn hayat kalitelerini etkileyebilecek faktörleri bilmeli ve bakımın planlamasında ve tedavi sürecinde olumsuz etkileri en aza indirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Kadın, Hayat kalitesi.



## ABSTRACT

### SEARCHING THE EFFECTS OF INFERTILITY ON THE QUALITY OF LIVES OF WOMEN

Büşra BENGİ SÜNGER

Consultant: Dr. Öğr. Üyesi Hayrunnisa YEŞİL

2. Consultant: Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

Department Of Midwifery

**Purpose:** This study was conducted to determine the levels of the quality of life of infertile women and the factors which affect.

**Method:** The population of the study, which is descriptive and cross-sectional, was constituted by all the women who were diagnosed with infertility, and who applied to the in vitro fertilization center of an education and research hospital in Izmir, between May to June, 2017, and 151 women study constituted. The data was obtained by the researchers via using the introductory information form and Fertility Quality of Life Tool (FertiQol). Descriptive statistics, t test in independent groups, one-way analysis of variance, Spearman correlation analysis, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used for the evaluation of the data.

**Findings:** Mean age of the women was  $31,05 \pm 5,00$  years, mean marriage time was  $6,74 \pm 4,15$  years, and 29,8% of the women graduated from primary school or never went to school, 59,6% did not work, 57,6% had an income at medium level, and %66,2 married their husbands after dating with them. 39,7% of the women could not get pregnant for 5 or more years, 58,9% of them did not know the reason for being unable to get pregnant, 66,1% of the ones who knew the reason for being unable to get pregnant could not get pregnant due to the factors belonging to the females. The Core Module total average point of the women was  $65,65 \pm 18,32$ , Treatment Module total average point was  $62,35 \pm 15,94$  and FertiQol total average point was  $64,68 \pm 16,08$ . FertiQol Core Module and FertiQol total point averages of those who had babies and who had shorter periods of being unable to get pregnant were found higher and significant. FertiQol Treatment module point averages were higher and significant ( $p < 0,05$ ) in those who had social security and who knew the reasons behind their inability to get pregnant.

**Results:** Quality of life is an important variable which affects the treatment process in infertile women. It is determined that the quality of life of the unemployed women is low, and that the type, period and the reason of the infertility affects the quality of life. The healthcare professionals should know the factors that might affect the

quality of lives of the infertile women and minimize the negative effects in planning phase of the care and during the treatment process.

**Key words:** Infertility, Women, Quality of life.



# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

## 1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, en az bir yıllık süre içerisinde, haftada iki üç kez düzenli ve korumasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır (Mengeot ve Vogel 2008; WHO 2009; Zeren 2016; Peyromusavi 2016). İnfertilite oranı dünyada %8-12, Türkiye’de ise %10-20 arasında değiştiği görülmektedir (Taşçı ve ark. 2008; WHO 2010a; Çetinbaş ve ark. 2014; Direkvand-Moghadam ve ark. 2014; Çetinbaş 2014).

Hemen her toplumda çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından, çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir. Toplumsal baskı ve aile yapıları bu durumun en önemli nedenlerindedir (Sezgin ve Hocaoglu 2014). Evli bir çift, istediği halde çocuk sahibi olamadığında, yaşamında “aile olma” hedefini tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Bu da çiftler arasında sorunlara ve birbirlerine karşı kızgınlık ve öfke duymalarına neden olabilir. Bu durum çiftleri cinsel, sosyal ve psikolojik anlamda etkileyebilmektedir (Dilek ve Kızılkaya-Beji 2012; Egelioglu-Cetişli ve ark. 2014). Evli çiftler, birbirlerinin anne-babalık rolünü yerine getirmelerine engel olmanın ve kültürel olarak önemli bir toplumsal rolü yerine getirememenin üzüntüsünü yaşarlar (Ünal ve ark. 2010). İnfertil bireylerde eşlerine ve kendilerine karşı öfke, hayal kırıklığı ya da “bunu hak edecek ne yaptım” gibi duygular ortaya çıkabilmektedir. Bu durum, infertil olmayan ve bu stresi yaşamayan bireylere karşı öfke duymalarına neden olabilmektedir (Dilek ve Kızılkaya-Beji 2012).

İnfertilite, çiftlerin aile, arkadaş ve çevre ile ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamlarını, evlilik uyumlarını, dolayısıyla da hayat kalitelerini etkileyen bir sağlık sorunudur (Çetinbaş ve ark. 2014). İnfertilite, toplumun kendilerine yüklediği annelik rolünü yerine getirememe, doğuramama, çocuk sahibi olmanın kendisine sağlayacağı itibardan yoksun kalma ve eşi tarafından terk edilme gibi durumlar ile karşı karşıya kalabilecekleri için kadınların cinsel yaşamlarını, çift uyumlarını ve



hayat kalitelerini erkeklere oranla daha olumsuz etkileyebilmektedir (Ünal ve ark. 2010; Çetinbaş ve ark. 2014; Keramat ve ark. 2014; Zeren 2016; Dong ve Zhou 2016; Bose ve Roy 2017). DSÖ'nün hayat kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren altı alan bulunmaktadır (Uğur 2014). İnfertilite kadınların hayat kalitesi ile ilgili tüm alanlarını olumsuz etkileyebileceği için bir yaşam krizidir.

İnfertilitenin hayat kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük olan (Karabulut ve ark. 2013; Keramat ve ark. 2014; Zeren 2016; İsmail ve Moussa 2017), çalışmayan (Direkvand-Moghadam ve ark. 2014; İsmail ve Moussa 2017), kırsalda yaşayan (Dong ve Zhou 2016; İsmail ve Moussa 2017), sigara kullanan ve erken yaşta evlenen (Çetinbaş 2014) kadınların hayat kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca primer infertilite tanısına sahip olma (Karabulut ve ark. 2013; Uğur 2014; Dong ve Zhou 2016; İsmail ve Moussa 2017), infertilite süresinin uzaması (Karabulut ve ark. 2013; Çetinbaş 2014; Keramat ve ark. 2014), geçmişte infertiliteye ilişkin tedavi alma (Keramat ve ark. 2014; Karaca ve ark. 2016) ve tedavi süresinin uzaması (Uğur 2014; Zeren 2016) da hayat kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir.

Dünyada gelişmiş bir çok ülkede infertil çiftler için psikolojik danışmanlık ve destek sağlayan servisler kurulmuştur. Ancak ülkemizde bu tür bir destek henüz sağlanabilmiş değildir (Taşçı ve ark. 2008). Öncelikle kliniklerde infertil bireylere hizmet veren tüm sağlık profesyonellerine konu ile ilgili detaylı bilgi ve eğitimlerin verilmesi hizmet sunumunu ve başvuruları daha iyi anlayıp, empati kurarak tedavi sürecinin daha etkin bir şekilde yürütülebileceği düşünülmektedir.

İnfertilite tedavisi veren merkezlerde ebelerin de çalışması, bu alanda yapılacak çalışmalara ve hizmet sunumunda gerekli önlemlerin alınmasında ebelik mesleği açısından önemi arttırmaktadır. Ayrıca çalışma sonuçları (Boivin ve ark. 2011; Aarts ve ark. 2012; Valsangkar ve ark. 2011; Hsu ve ark. 2013; Karabulut ve ark. 2013; Çetinbaş 2014; Uğur 2014; Zeren 2016; Dong ve Zhou 2016; Karaca ve ark. 2016; Bose ve Roy 2017; İsmail ve Moussa 2017) da gösteriyor ki infertilite tedavisi gören kadınlarda hayat kalitesi düşmektedir. Bu durum kişilerin istediği çocuğa sahip olmak için başvurduğu tedavi merkezlerinde başarıyı olumsuz etkileyebilmektedir.

Tüm bu sorunla baş edebilmesinde ebeler ve merkezlerde çalışan diğer sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Bu alanda çalışan ebelerin infertilite tedavisi sürecinde merkeze başvuran tüm bireylerin hayat kalitesini etkileyen durumları değerlendirmesi ve bu konularda daha duyarlı yaklaşımda bulunması gerekmektedir.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma, infertil kadınların hayat kalitesi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

## **1.3. HİPOTEZLER**

**1.H<sub>1</sub>:** İnfertil kadınların hayat kalitesi düşüktür.

**2.H<sub>1</sub>:** İnfertil kadınların sosyodemografik özellikleri hayat kalitesini etkiler.

**3.H<sub>1</sub>:** İnfertil kadınların evlilik ve doğurganlıklarına ilişkin özellikleri hayat kalitesini etkiler.

**4.H<sub>1</sub>:** Kadınların infertilite ve infertilite tedavi geçmişlerine ilişkin özellikleri hayat kalitesini etkiler.

## **1.4. VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)**

Bu araştırma, infertilitenin kadınların hayat kalitesini olumsuz etkileyebileceği varsayımından yola çıkılarak planlanmıştır.

## **1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

DSÖ; sağlığı "yalnızca hastalığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Böylece "hayat kalitesi" kavramı, infertil bireylerde artarak devam eden bir öneme sahip olmuştur (Çetinbaş ve ark. 2014). Klinik ve biyokimyasal değerlendirmeler kişilerin bu durumdan ne kadar etkilendiğini gösteremediği için 'hayat kalitesi' kavramı oluşturulmuştur (Sezgin ve

Hocaoğlu 2014). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde cinselliğin sürekli takip edilmesi ve sadece üreme amacı güdülerek cinselliğin yaşanması, cinselliğin özellikle kadın eşler için “anlamsız” hale gelmesine neden olmaktadır (Güleç ve ark. 2011; Egelioglu-Cetişli ve ark. 2014).

Kadının doğurganlığı hem biyolojik bir gerçek hem de toplumdaki cinsiyet rolünün belirleyicisi olarak üremede evli çiftler üzerinde kültürel bir baskı yaratmaktadır (Uğur 2014; Oltuluoğlu ve ark. 2014). İnfertilite tüm kültürler için bir kriz durumudur. Çiftler çocuk sahibi olabilmek için birçok yöntem denemekte, fakat başarı sağlanamaz ise evlat edinme ya da boşanma yoluna gidebilmektedirler (Taşçı ve ark. 2008). İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmasa da, bireyleri, çiftleri hatta toplumu etkileyen sosyal bir sağlık problemidir. Bireysel, eşler arası ve toplumsal sorunlara yol açan önemli bir sağlık sorunudur (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

İnfertiliteye verilen psikolojik etkilerin cinsiyetle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadınların infertiliteden daha çok etkilendiği ve hayat kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Şen ve ark. 2014). İnfertilitede etken erkek faktörü olsa dahi, tedavi sürecinde girişimsel işlemlere maruz kalanın kadın olması nedeniyle yaşanan stres kadınlarda daha fazladır (Ünal ve ark. 2010; Güleç ve ark. 2011; Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Erkeğe bağlı faktörün teşhisi erkekte olumsuz duygulara neden olabilmekte, erkeklik ve kişilikleri ile ilgili çeşitli sorgulamaya neden olabilmektedir (Dilek ve Kızılkaya-Beji 2012). Kadın ve erkeğin çocuksuzluğa yönelik verdikleri tepkiler farklılıklar gösterebilmektedir. Kadın için; annelik duygusundan mahrum kalma, toplumda dışlanmış hissetmek, kendilerini değersiz ve yalnız hissetme, yaşlılıkta bakacak kimselerinin olmaması olarak algılanabilmekte, erkekler için ise; babalık duygusundan mahrum kalma ve soyunu devam ettirememe korkusu olarak görülebilmektedir (Şen ve ark. 2014; Zeren 2016).

## **1.6. SINIRLILIKLAR**

Araştırmacının maddi giderleri ve zaman kısıtlaması göz önüne alınarak araştırma evreni sınırlı tutulmuş, İzmir ilindeki tüm tüp bebek merkezleri araştırma evrenine dâhil edilmemiş, araştırma tek bir merkezde yürütülmüştür. Bu nedenle

araştırmanın 6rnekleme sayısı sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın İzmır ilinde tek bir merkezde y6r6t6lmesi çalışma sonuçlarının genellenebilirliği açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir.

### **1.7. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

1. İnfertil kadınlarda hayat kalitesi d6zeyi nedir?
2. İnfertil kadınlarda, hayat kalitesini etkileyen fakt6rler nelerdir?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İNFERTİLİTENİN TANIMI ve İNSİDANSI

İnfertilite, DSÖ tarafından; düzenli (haftada 2-3 kez) ve korumasız cinsel ilişkiye rağmen en az 1 yıllık süre içerisinde gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır (Mengeot ve Vogel 2008; WHO 2009; Zeren 2016; Peyromusavi 2016). Geçmişte hiç gebelik oluşmamışsa primer, geçmişte en az bir gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak tanımlanır (Sezgin ve Hoccoğlu 2014). İnfertilite oranı dünyada %8-12, Türkiye’de ise %10-20 arasında değişebilmektedir (Taşçı ve ark. 2008; Çetinbaş ve ark. 2014; Çetinbaş 2014). İnfertilite, prevelansın yüksek olduğu ve toplumsal baskıların söz konusu olduğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte yapılan çalışmalara göre infertil çiftlerin cinsel ve sosyal yaşamlarını, duygu durumlarını ve evliliklerini etkilediği görülmüştür (Çetinbaş 2014). İnfertilitenin sıklığı ve nedenleri toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Korumasız geçen bir yıllık süre sonunda çiftlerin %80’i ilk altı ay içinde, geri kalanların ise ancak %10’u takip eden altı ay içerisinde gebe kalabilmektedir. Tüm infertil çiftlerin %30-40’ında erkek, %40-50’sinde kadın, %20-25’inde her iki çiftte de ait patolojiler birlikte gözlenmektedir. Çiftlerin %15’inde ise yapılan tüm test ve tetkikler sonucunda bir neden saptanamaz (açıklanamayan infertilite) (Kılınç 2007; İnal 2009; Yumru ve Öndeş 2011).

Kadınlarda yaşın artması, infertilite nedenleri arasında en iyi tanımlanmış olanıdır. Kadınlarda fertilitate 20-25 yaşlarında pik yapar, 35 yaşından sonra oosit kalitesi azalır, 40 yaşından sonra ise çok azdır (Topdemir-Koçyiğit 2012). Türkiye’de bazı kadınların fertilitenin yüksek olduğu yaşlarda öğrenimlerinin devam etmesi, iş yaşantılarında kariyer peşinde olmaları nedeni ile çocuk sahibi olmayı ötelemektedir. Kırsal kesimdeki kadınlar ise erken evlenmekte ve dolayısıyla erken evlilik çocuk sahibi olma arzusunu tetiklemektedir. Sonuç olarak bakıldığında Türkiye’de gerek erkek, gerekse kadın infertilitesinde ciddi artışlar olduğu görülmektedir (Sözeri-Varma ve ark. 2006). Evlenme yaşının giderek uzaması çocuk sahibi olma yaşını da ilerilere atmaktadır. Bu bir yandan infertilite ile

karşılaşma olasılığını arttırdığı gibi diğer yandan yardımla üreme yöntemleriyle infertilite tedavisini zora sokan bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü tüp bebek gibi tedaviler her yaşta uygulanabilen tedavi değildir (Sözeri-Varma ve ark. 2006).

Yaklaşık 30 yıldır dünyada tüp bebek uygulanmakta ve gelişen teknoloji ile birlikte kullanımını artmaktadır. Transfer edilen embriyo sayısının artması, çoğul gebeliklerde artışa, bu durum da erken doğum ve buna bağlı komplikasyonlarda artışa neden olmaktadır. Çoğul gebelikleri önlemek amacıyla günümüzde transfer edilen embriyo sayısı tüm ülkelerde azaltılmaya başlanmıştır (Shoji ve ark. 2014).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de iki milyon kişi infertilite tanısı almıştır. Aynı zamanda Türkiye'de infertilite oranları da giderek artmaktadır. Çocuk sahibi olmak için tedavi bekleyen 150 bin çift olduğu bilinmektedir (Sözeri-Varma ve ark. 2006). İnfertilitenin başlıca nedenleri arasında yer alan diğer bir faktör ise obezitedir. Ülkemizdeki insanların %25'i obez denilen grupta yer almaktadır (Pasquali ve ark. 2007). Kadınlarda hormonal nedenlerle üreme yeteneğini ve menstrüel siklusda düzensizliklere neden olduğu gibi erkeklerde ise sperm sayısını ve kalitesini azaltarak üreme üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bunların dışında artan alkol, sigara kullanımı, cinsel özgürlüğün yaygınlaşması ile artan cinsel yolla bulaşan hastalıklar da eklenince özellikle kadın üreme organlarında sorunlara yol açabilmektedir (Pasquali ve ark. 2007).

Dünyada birçok kültürde evli çiftlerin çocuk sahibi olamaması toplumda aşağılayıcı ve utanç verici bir durum olarak algılanabilmektedir. Kadınlarda bir çocuğa sahip olmak istemi ön planda tutulurken; erkeklerde daha çok toplumsal baskıya ait yaptırımın baskısı daha ön planda tutulmaktadır (Zeren 2016). Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri başta olmak üzere ülkemizde sıkça rastladığımız “kuma” olayının en baş nedeni eşlerin çocuk sahibi olamamasından kaynaklanmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda Doğu ve Güneydoğu bölgesinde yaşayan kadınların kuma korkusu nedeni ile üreme merkezlerine daha yoğun ilgisi olduğu görülmektedir (Kılıç ve ark. 2011).

Bu sebeple Türkiye’de ve Dünyadaki yaşanan infertilite vakalarında kişilerin hayat kalitesi oranları, vurgulanması gereken önemli konular olarak karşımıza çıkmaktadır.

## 2.2. İNFERTİLİTENİN TARİHÇESİ

Üremek ve neslin sürdürülmesi tüm canlılarda en temel içgüdülerden birisidir. İnfertilite, çiftler için genellikle stresli, ekonomik anlamda pahalı ve tanı-tedavi için yapılan işlemler açısından ise fiziksel olarak acı verebilen bir durumdur (Çetinbaş ve ark. 2014; Çetinbaş 2014; Uğur 2014). Üreme çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. Başlangıçta, eski çağlarda yaşayan düşünürler, insan üreme sistemini ve bu sistemdeki işlev bozukluklarını anlamaya ilişkin uğraşlarını yürütmüşler ve teknolojinin de gelişmesiyle bilim adamları bu konudaki çalışmaları sürdürmüşlerdir (Karaca ve Ünsal 2012).

İnfertilite ile ilgili ilk metinler (MÖ) 2200-1950 yıllarına dayanmaktadır. Gebeliğin erken tanısı ve infertilitenin önlenmesiyle ilgili reçeteler ilk olarak eski Mısır'da kullanılmıştır (Karaca ve Ünsal 2012; Uğur 2014). Mısır toplumunda infertilite ilahi bir ceza olarak değil tanı ve tedavisi mümkün olan bir hastalık olarak kabul ediliyordu. M.Ö. 1900 yıllarında kadın üreme organları ile sperme ilişkin bilgiler bulunmaktadır. En büyük değişim Hipokrat'ın açtığı okul ile gelmiştir. İlk kez Hipokrat o devirdeki büyü ile iç içe geçmiş tıbbi tedaviyi reddederek gerçek düşünceye dayalı tıbbi bir sorun olduğunu ve bu nedenlerle kadınların dışlanmasının yanlış olduğunu savunmuştur (Sezgin ve Hocoğlu 2014).

Efes'te doğan Soranus fertil dönemi açıklayan ilk kişilerden birisidir. Regnier de Graff gamet üretimini ayrıntılı bir şekilde tarif etmiş ve 1668 ve 1672 yılları arasında yayınladığı eserlerde kadın-erkek üreme sistemlerini genişçe ortaya koymuştur (Uğur 2014). Anton Van Leuwenhook ve Hollandalı öğrencisi Hamen 1674 ve 1677 yıllarında spermin ilk kez mikroskopik görünümünü tarif etmişlerdir (Uğur 2014).

İlk inseminasyon 1770'lerde Londra'da John Hunter tarafından, hipospadias sorunu olan bir erkek ile normal bir gebelik elde etmiştir (Zeren 2016). Gene Hunter, insanlarda 1776 ve 1799 yılları arasında ilk yapay döllemeyi elde etmiştir. Üremeye ait ilk referanslar antik çağlara kadar dayanır ve ilk örneklerden biri de İncil'in emri olan "üretken olun ve çoğalın" dır. Dine göre, Tanrı hem fertilitenin hem infertilitenin kaynağı olarak görülmüştür. Çocuk doğurabilmek kadınlığın göstergesi olarak görülmekte ve doğuramamak ise yapılan bir yanlışın cezası olarak görülmüştür (Karaca ve Ünsal 2012).

Ovulasyon indüksiyonu (Oİ)'nu, 1950'li yılların sonlarına doğru bilinçli olarak kullanılmaya başlamıştır (Çetinbaş 2014). İlk IVF gebeliği Edwards ve Steptoe tarafından, 1978 yılında İngiltere'de Louise Brown'ın doğumu ile sonuçlanmıştır. Zamanla IVF tedavisinin Gamet İntrafalloopian Transfer (GIFT), Zigot İntrafalloopian Transfer (ZIFT), Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) gibi çeşitli modifikasyonları ortaya çıkmış ve uygun hastalarda kullanılmaya başlanmıştır (Uğur 2014). Ardından 1980'de Avustralya'da, 1981'de ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de, 1982'de Fransa ve İsveç'te, 1988'de ise Türkiye'de gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de 1984 yılında Yardımcı Üreme Teknikleri için ön çalışmalar başlatıldıktan sonra, ilk İVF-ET merkezi 23 Haziran 1988'de Ege Üniversitesi'nde Prof.Dr.Refik Çapanoğlu başkanlığında kurulmuştur. Gerçekleştirilen ilk İVF-ET gebeliğinde ilk bebek 18 Nisan 1989'da, ICSI ile ilk doğum 1992 yılında dünyaya gelmiştir (Zeren 2016).

### **2.3. İNFERTİLİTE NEDENLERİ**

İnfertilitenin en sık sebepleri; yaş ile birlikte değişen ovulatuvar bozukluk, tubal ve peritoneal patoloji ve erkek faktörleridir; uterin patoloji genellikle seyrek görülmekte ve diğer tüm sorunların nedeni ise açıklanamamaktadır bu sebeple açıklanamayan infertilite olarak tanımlanır. Ovulasyon bozukluğu gençlerde daha siktir, tubal ve peritoneal patoloji genç ve yaşlılarda eşit sıklıkta görülmektedir. Erkek faktörlü infertilite ve açıklanamayan infertilite ise yaşlı çiftlerde daha sık görülmektedir (Kılınç 2007; İnal 2009).

Üremeyi etkileyen temel faktörler eşlerin yaşı, koitusun sıklığı ve doğru zamanlamasıdır. Doğurganlığın en yüksek olduğu dönemler 24-25 yaşlardır. Fertilite hızı kadınlarda 30 yaşından sonra, erkeklere ise 40 yaşından sonra düşmeye başlar. Fakat erkeklere üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu 2013).



**Tablo 1. İnfertilite Nedenleri**

<b>İNFERTİLİTE NEDENLERİ</b>	
<b>Kadına Ait Nedenler</b>	<b>Erkeğe Ait Nedenler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vulva ve vajene ait faktörler</li><li>- Overlere bağlı faktörler</li><li>- Tubalara ait faktörler</li><li>- Uterin faktörler</li><li>- Servikal faktörler</li><li>- Diğer faktörler;<ul style="list-style-type: none"><li>• Kronik hastalıklar (Diyabet, tiroid vb.)</li><li>• Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</li><li>• Fazla ya da düşük kilo</li><li>• Sigara, alkol ve madde kullanımı</li><li>• Çok fazla düşük yapmış olma</li><li>• Stres</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Erkek genital organlarının anomalileri</li><li>- Sperm anomalileri ve fonksiyon bozukluğuna neden olan faktörler</li><li>- Diğer Faktörler;<ul style="list-style-type: none"><li>• Endokrin bozukluklar</li><li>• Genetik bozukluklar</li><li>• Psikolojik bozukluklar</li><li>• Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</li><li>• Toksik maddelere (kurşun, civa) maruz kalma</li><li>• Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması (sıcak küvet banyoları ya da saunalar)</li><li>• Kabakulağın neden olduğu orşit</li><li>• Yetersiz beslenme</li></ul></li></ul>

(Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

### **Erkeğin Sorunları;**

Varikosel, hidrosel, torsiyon veya travma sonrası testiküler kayıp, hipogonadotropik hipogonadizm, hiperprolaktinemi gibi hormonal bozukluklar, epididimit, üretrit, prostatit gibi enfeksiyonlar, vas deferensin blokajı veya konjenital yokluğu, Klinefelter sendromu gibi kromozomal anomaliler, spermatogenezi kontrol eden genlerde delesyon veya kemoterapi ve radyasyona bağlı oligospermi, azospermi ve sperm motilitesinde kayba sebep olabilir. Buna rağmen birçok erkek hastada bilinen bir neden bulunmaz. Klinefelter sendromunun mozaik formları (46 XXY) bir sebep olabilir (Çetinbaş 2014).

### **Kadının Sorunları;**

- Tubaların enfeksiyon gibi sebeplerle tamamen ya da kısmen kapanması

- Over fonksiyonları

1. Ovulasyonun gerçekleşmemesi
2. Anovulatuvar sikluslar halinde düzensiz ovulasyon
3. Polikistik over sendromu (PCOS)
4. Hiperprolaktinemi

5. Perimenopozal dönem

6. Prematür over yetmezliği

- Himenin bütünlüğünün sürmesi

- Vajinanın konjenital malformasyonu

- Uterusun doğumsal malformasyonu ya da tüberküloz peritonit (Çetinbaş 2014)

## 2.4. İNFERTİL ÇİFTİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnfertil çiftleri değerlendirmede öncelikli amaç infertilite sebebi veya sebeplerinin ortaya konmasıdır (Çetinbaş 2014).

### 2.4.1. Kadının Değerlendirilmesi

#### Öykü ve Fizik Muayene

1) Gravida, parite, gebelik sonuçları ve ilişkili komplikasyonlar

2) Siklus uzunluğu ve özellikleri, dismenore varlığı ve şiddeti

3) Yaş sorgulanır; yaş ilerledikçe fertilité oranı azalır

4) İnfertilite süresi; bu süre uzadıkça başarı şansı azalır.

5) İlave sorumlu olabilecek medikal faktörler araştırılır.

6) Koitus sıklığı; haftada 4'ten fazla ise yıllık gebe kalma oranı %83, haftada 1 veya daha az ise bu oran %16'ya düşer.

7) Koitus ile ilgili alışkanlıkları; vajinal lavaj, pozisyon vs.

8) Geçirmiş olduğu hastalıklar

9) Geçirmiş olduğu operasyonlar (özellikle pelvik operasyonlar)

10) Sigara, alkol veya diğer madde kullanımları

11) Tiroid hastalık semptomları, pelvik veya abdominal ağrı, galaktore, hirsutismus ve disparenü (Kılınç 2007).

#### Laboratuvar

- Hormonal testler: Folikül stimülan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testosteron.

- Serolojik testler: HbsAg, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, Rubella IgG (ve/veya IgM), Toxoplazma IgG (ve/veya IgM)
- Hematolojik testler: Kan grubu ve tam kan sayımı (Uğur 2014).

### **Ultrasonografi**

İnfertil kadınların değerlendirilmesinde ve tanılama sürecinde Ultrasonografi (USG) önemli bir araçtır (İnal 2009).

### **Histerosalpingografi**

Histerosalpingografi (HSG), serviksten girilerek uterus içerisine radyoopak bir maddenin verilmesi şeklinde yapılır. Opak madde buradan fallop tüplerine geçer. Fluoroskopi altında görüntüler kaydedilir. İnfertilitede çekilecek HSG ile uterin anomaliler ve intrauterin lezyonlar, intramural oklüzyonlar ve/veya intramural lezyonlar (tubal açıklık korunmuş olsa dahi), distal tubal oklüzyon ve bu olgularda gebelik açısından prognostik önemi olan intratübal mukozal katlantılar değerlendirilebilmektedir. Proksimal ve distal tubal tıkanıklık olup olmadığı açık şekilde gösterilir. Ayrıca endometrial polipler, fibroidler, septum varlığı ve diğer anomaliler gibi uterusun yapısal patolojileri hakkında da fikir verir. Tanısal faydasının yanında tedavi edici etkisi de vardır (Kılınç 2007).

### **Laparoskopi**

HSG'de saptanan anormal bulguların saptanması için uygulanır. Laparoskopi; serviksten metilen mavisi veya indigo karmen gibi bir boya maddesi verilerek, fimbrial geçişine bakılıp tubal açıklık değerlendirilir. İşlem sırasında tüm pelvik organlar, subseröz ve intramural myomlar, peritubal ve periovarian adhezyonlar ve endometriozis olup olmadığı görülür. Klasik infertilitenin incelenmesinde kadında önerilen en son tetkik laparoskopi ile endometriozisin ve diğer pelvik patolojilerin araştırılmasıdır (Zeren 2016).

## 2.4.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

### Anamnez

Erkeğin öykü ve fizik muayenesinden yola çıkılarak infertiliteye sebep olabilecek önemli risk faktörleri ve davranışların ortaya konması amaçlanır (Uğur 2014).

### Fizik Muayene

Genel fizik muayene değerlendirmenin önemli bir bileşenidir. Burada cinsel organlarla ilgili şu özelliklere dikkat edilmelidir.

- 1) Penis muayenesi, üretral meatusun yeri
- 2) Testislerin palpasyonu ve büyüklükleri
- 3) Vazların ve epididimlerin varlığı ve yapısı
- 4) Varikosel varlığı
- 5) Vücut yapısı, kıl dağılımı ve meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri
- 6) Dijital rektal muayene (Kılınç 2007).

### Ultrasonografi

Transrektal USG: Post-ejakulatuar idrar analizinde sperm görülmeyen, serum testosteronu normal olan, fizik muayenesinde palpe edilebilen iki taraflı vaz deferensleri bulunan düşük ejakulat volumlü bir hastada transrektal USG yapılmalıdır.

Skrotal ultrasonografi: Palpasyonun çok kesin bilgi vermediği testiküler kitle veya subklinik varikosel tanısını ortaya koymada skrotal ultrasonografi yapılmalıdır (Kılınç 2007).

## Klasik Semen Analizi

Erkek infertilitesinin değerlendirmesinde temel alınan semen örneği 3-6 günlük cinsel perhiz sonrası alınmalı ve en geç bir saat içinde değerlendirilmelidir (Zeren 2016). Bu konu DSÖ tarafından bir kitap halinde hazırlanmış ve dünyada en çok kullanılan referans kitap haline gelmiştir. (Tablo 2) (Kılınç 2007; WHO 2010).

**Tablo 2. Klasik Semen Analizi**

Görünüm:	Homojen, gri-opakt
Viskozite:	<2 cm
Likefaksiyon süresi:	<60 dk
Volüm:	>2 ml
pH:	7,2-8,0
Sperm sayısı:	>20 milyon/ml
Total sperm sayısı:	>40 milyon/ml
Total motilite:	>%50
İleri hızlı hareket:	>%25
Morfoloji:	>%30 DSÖ kriteri
Vitalite:	>%75
Beyaz küre:	<1 milyon/ml
İmmunobead test:	Motil spermatozooların %50'den azı immün taneciklere bağlı
MAR Testi:	Motil spermatozooların %50'den azında partiküller yapışık
<b>Bioasseyler</b>	
Hemiziona indeks:	
HOS Testi:	
Sperm Penetrasyon Assay:	>%35
<b>Diğer testler</b>	>%60
Glukozidaz (nötral):	>%10
Çinko (total):	>20 mmol
Sitrik asit (total):	>2,4 mmol
Asit fosfataz (total):	>52 mmol
Fruktoz (total):	>200 U
	>13 mmol

**DSÖ:**Dünya Sağlık Örgütü; **HOS Testi:** Hipoosmolar şişme testi; **MAR Testi:** Mikst Aglutinasyon Reaksiyonu Testi.

Bazı semen değişkenleri için kullanılan terminoloji şu şekildedir:

**Normozoospermi:** Referans değerlere göre normal tanımlanmış ejakülat.

**Oligozoospermi:** Referans değerden daha düşük sperm konsantrasyonu.

**Astenoospermi:** Hareketlilik için referans değerden daha düşük değerler.

**Teratozoospermi:** Morfoloji için referans değerden daha düşük değerler.

**Oligoastenoteratozoospermi:** Konsantrasyon, hareketlilik ve morfolojinin referans aralığından farklı olduğu durumlar.

**Azoospermi:** Ejakülatta spermatozoa'nın olmaması.

**Aspermi:** Dışarıya hiç ejakulat çıkmaması ya da seminal sıvının hiç olmaması.

**Nekrospermi:** Tüm spermatozoidlerin ölü olmasıdır (Zeren 2016).

### **Endokrin Testler**

Minimum hormonal değerlendirme için, serum FSH ve testosteron düzeylerinin ölçülmesi yeterli olmaktadır. Hormonal testler ile altta yatan patolojiyi öngörmek mümkün olabilmektedir. FSH, LH ve testosteron düzeylerinde düşüklük olması kazanılmış hipogonadotropik hipogonadizmi düşündürür (Kılınç 2007).

### **Testiküler Biyopsi**

Biyopsi ile testiküler yetersizlik ve erkek genital sistemindeki obstrüksiyonun ayırıcı tanısının yapılması amaçlanmaktadır (Zeren 2016).

## **2.5. İNFERTİLİTENİN TEDAVİSİ**

İnfertil çiftlerin tedavisi esnasında aşağıdaki genel prensiplere dikkat edilmelidir.

- 1.** İnfertilitenin etkeni ya da etkenlerinin tanısı konulmalıdır.
- 2.** İnfertilite faktörüne yönelik elverişli tedavi yöntemleri seçilmelidir.
- 3.** Uygun yöntemin neticesini görebilmek için en az 3-6 siklus tedaviye devam edilmelidir.
- 4.** Tedavinin süresince güvenilir ve uyumlu bir şekilde hekim-hasta-laboratuvar işbirliği sağlanmalıdır.
- 5.** Tedavinin hiçbir zaman tam olarak çözüm sağlayamayabileceği fakat fertilitte şansını arttırmayı amaçladığı çiftlere açıklanmalıdır.
- 6.** Tedavi seçiminde çiftin yaş faktörü ve tedaviyi uygulayabilme yeteneği göz önünde bulundurulmalıdır.

7. Tedavi boyunca gereksiz ilaç ve laboratuvar harcamalardan kaçınılmalıdır (Çetinbaş 2014).

Tedavi gören eşlerin %85-90'ının infertiliteye neden olan sorunları giderilerek çiftlere çocuk sahibi olma imkanı sağlamaktadır. Diğer %10-15'i ise diğer yardımcı üreme tekniklerinden yararlanmaktadır (Zeren 2016).

### **2.5.1. Yardımla Üreme Teknikleri**

Yardımla Üreme Teknikleri (YÜT), kendiliğinden gebelik elde edemeyen çiftlerin, çocuk sahibi olabilmeleri amacıyla yapılan tüm işlemleri kapsayan ileri tekniklerdir (Zeren 2016). İnfertilite sorununu çözmeye yönelik geliştirilmiş birçok tekniği içerir. Hastanın öyküsü incelenerek uygun yöntemin seçilmesi ve uygulanması avantaj sağlamaktadır (Kılınç 2007).

#### **2.5.1.1. İntrauterin inseminasyon (IUI)**

İntrauterin inseminasyon (IUI), günümüzde diğer yardımla üreme tekniklerine oranla daha ucuz, kolay uygulanabilir ve daha az invazif olması nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Zeren 2016).

Sperm hücrelerinin seminal plazmadan ayrılıp stimüle edildikten sonra uterus içerisine verilmesi olup 'aşılama' olarak da adlandırılmaktadır (İnal 2009).

IUI; normal ilişkiye oranla gebelik şansını %5-20 artırır. Şans uygulama sayısı arttıkça biraz daha artar. Fakat evlilik ve infertilite süresi uzun ise ICSI ya da IVF uygulaması tavsiye edilmektedir (Zeren 2016).

IUI'nın başarı şansını etkileyen en önemli kriter Kruger "strict" kriterleri ile değerlendirilmiş sperm morfolojisi olup IUI için sınır %4 ve üzeri normal morfolojide sperm olmasıdır (İnal 2009).

### **2.5.1.2. İn-vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET)**

IVF, günümüzde YÜT içerisinde en çok kullanılan yöntemdir. Halk arasında “tüp bebek” olarak da bilinen IVF, çeşitli ajanlarla ovulasyon indüksiyonunu takiben oosit ve spermelerin laboratuvar ortamında bir tüp içerisinde birleştirilerek, fertilizasyonun kendiliğinden gerçekleşmesi beklenmektedir. Fertilizasyondan sonrası embriyoların uterusu transservikal olarak yerleştirilmesi işlemine Embriyo Transferi (ET) denir (Zeren 2016).

Siklusun genellikle 5. gününde USG ile folikül takibine başlanır, Foliküller yeterli olgunluğa ulaştığında hCG (human koryonik gonodotropin) verilerek yaklaşık 35 saat sonrasına yumurta toplama işlemi yapılır. Hazırlanan sperm ile laboratuvar ortamında fertilizasyon sağlandıktan sonra embriyo morula safhasında iken uterusu transfer edilme işlemidir (Uğur 2014).

### **2.5.1.3. İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)**

ICSI, ejakülattan veya cerrahi yolla testisten elde edilen spermelerin yıkanarak en uygun sperm seçilmesi işleminden sonra, tek sperm oositin zona pellusida tabakasından bir delik açılarak oosite bırakılması işlemidir (Zeren 2016).

ICSI’de kullanılan sperm ejakülattan elde edilebileceği gibi azoospermik bireylerde epididimisten (MESA, PESA) ya da testisten (TESE) elde edilebilir (Kılınç 2007).

## **2.5.2. Ovulasyon İndüksiyonu**

Ovulasyon İndüksiyonu (OI) anovulasyonun tedavisinin ilk basamağıdır. İnfertilite nedenleri arasında %30- 40 oranında ortaya çıkan ovulatuvar disfonksiyonun tedavisinde kullanılır. İnfertil kadınlarda OI ile normal popülasyon oranlarına yakın bir ovulasyon oranı elde edilmektedir. Ovulasyon indüksiyonunda amaç 16-18 mm folikül elde etmektir (Kılınç 2007).

Ovulasyon indüksiyonunda en sık kullanılan ajan klomifen sitrattır. Kadına adet 3-5. günleri medikal tedavi ile başlanır. Tedavi sürecinde USG ile izlem



yapılır. Folikül büyüklüğü 18-20 mm'ye ulaştığında HCG enjeksiyonu ile ovulasyon sağlanıp hastaya koitus planlanır (Kılınç 2007).

#### Ovulasyon İndüksiyonu Endikasyonları

- Hipogonadotropik hastalar: Bu hastalarda FSH, LH ve endojen östrojen seviyeleri düşüktür. Gestagen test (=çekilme kanaması) negatiftir. Klinik olarak amenoreik hastalardır.
- Normogonadotropik hastalar: Bu hastalarda endojen östrojen yapımı mevcut olup FSH seviyesi normal, LH seviyesi normal veya yüksektir. Bu hastalarda gestagen testi pozitifdir. Klinik olarak LFD, follikül rüptürü olmadan luteinizasyon olması (LUF= Luteinized unruptured follicule), anovulasyon, oligomenore veya amenore görülebilir. Hiperandrojenik hastalar da bu gruptadırlar.
- Hiperprolaktinematik hastalar: Hiperprolaktinematik hastalardır. Klinik olarak amenoreden luteal faz defektine kadar uzanan bir spektrum gösterirler.

Ovulasyon indüksiyonu ovulasyon yapabilme yeteneği olan overler için geçerlidir (Çetinbaş 2014).

## 2.6. İNFERTİLİTE VE HAYAT KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Böylece "hayat kalitesi" kavramı, sağlıkla ilişkili olarak iyilik halinin ölçülebilmesi için, sağlık hizmetleri uygulamalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (Çetinbaş ve ark. 2014).

İnfertilite çiftlerin aile, arkadaş ve diğer sosyal çevre ilişkilerini, cinsel yaşantılarını ve hayat kalitelerini de etkileyebilen, psikolojik bir durumdur (Ünal ve ark. 2010; Sezgin ve Hocoğlu 2014).

Cinsiyetin etkisini dikkate alan çalışmalarda, kadınların erkeklere göre daha düşük evlilik uyumu ve hayat kalitesi bildirdikleri; erkeklerin ise kadınlara göre anlamlı olarak daha az stres yaşadığı, kendilerine olan güvenlerinin daha yüksek

olduğu, evlilik ve cinsel doyumlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Şen ve ark. 2014).

İnfertil hastalarda görülen duygusal anksiyete ve depresyon, özellikle de onların algılanan refahı söz konusu olduğunda hasta merkezli bakımın sağlanması hayat kalitesi açısından hastalara birçok fayda sağlayabilir (Aarts ve ark. 2012). İnfertilite tedavisi hayat kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İnfertilite ilişkisel, cinsel ve psikososyal alanı olumsuz etkiler. Örneğin, infertil hastalar eşiyile olan ilişkilerinde stres ve gerginlik yaşarlar (Aarts ve ark. 2011).

Daha önce yapılmış olan psikososyal araştırmalara göre, infertilite ve tedavisi infertil çiftler için duygusal ve psikolojik stres ve hayat kalitesi için tehdit edicidir (Hsu ve ark. 2013). Psikososyal çalışmalarda; infertilite tedavisinin genel refahı ve hayat kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. İnfertilite tedavisinin başarılı olması için eşlerin değerlendirilerek tedaviye başlamaları ve tedavinin devamlılığı ile kişilerin uzun vadede memnun kalarak çocuk sahibi olmaları beklenmektedir. Bu nedenle, hastaların infertilite ile daha iyi üstesinden gelebilmeleri için hayat kalitesini ölçme ve bu ölçümün değerlendirme ihtiyacı oluşmuştur (Boivin ve ark. 2011).

## **2.7. İNFERTİL ÇİFTE EBELİK-HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Kadınlaraın tedavi başındaki yüksek kaygı düzeylerinin gebelik şansını azaltabileceğini gösteren araştırmalar bulunmuştur. Bu sebeple üreme merkezlerine başvuru esnasında sorunu olanlara tedavi ve desteğin verilmesi ile gebelik şansının artabileceği ileri sürülmektedir (Karlıdere ve ark. 2007).

Başarılı bir infertilite tedavisi uygulayabilmek için bireylerin infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeylerinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (Ünal ve ark. 2010).

Sağlık personelleri, infertil hastalara psikolojik danışmanlık rolleri ile sağlıklı aile içi ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde rehberlik etmeli, ailenin kriz durumuyla baş edebilmelerini desteklemeli, temel yaşam gereksinimlerinden olan cinsellik ve cinsel işlev durumları değerlendirilmeli, sorun saptanırsa uygun girişimlerde bulunulmalıdır (Egelioğlu-Cetişli ve ark. 2014).

Tüm temel infertilite testlerinin sonucunda, çiftlerin yaklaşık olarak %15'inde neden yoktur. Bu durum çiftlerdeki sıkıntıları daha da artırabilmektedir. Bu nedenle diğer tüm infertil vakalarda olduğu gibi, çiftlerin hekim tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır (Mutlu ve ark. 2013).



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma türüne uygun olarak yürütülmüştür.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'nde Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Çalışmanın yürütüldüğü bu birim hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında, biri sorumlu hekim olmak üzere toplam üç hekim ve biri sorumlu hemşire olmak üzere toplam yedi hemşire ile hizmet vermektedir.

Merkezde, Yumurta Toplama İşlemi (OPU), Yumurta Transferi İşlemleri (IVF), Histereskopi, Laparoskopisi, TESA, TESE, Intra Uterin İnseminasyon (IUI), sperm analizi (Spermiyogram), danışmanlık, hasta takip ve muayenesi yapılmaktadır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm kadınlar oluşturmuştur.

### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 151 infertil kadın oluşturmuştur. Örneklemin büyüklüğü, çalışmanın yapıldığı merkezin bir yıllık başvuran sayısını vermek istememesi nedeni ile evreni bilinmeyen gruplarda örneklem seçimi hesaplanarak belirlenmiştir.

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (0,10)

q= İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı (0,90)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

olarak simgelenmiştir.

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,10) \cdot (0,90)}{(0,05)^2} = 139$$

Ülkemizde infertilite görülme sıklığı literatürde %10 olarak belirtilmiştir (Taşçı ve ark. 2008; Çetinbaş ve ark. 2014; Çetinbaş 2014) ve bu nedenle olayın görülme sıklığı %10 olarak alındığında çalışma için 139 kadının yeterli olacağı belirlenmiştir. Verilerin toplandığı tarihlerde, dahil edilme kriterlerini karşılayan 151 infertil kadın ile araştırma yürütülmüştür.

### **3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ**

#### **3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri**

1. İnfertilite tanısı alan,
2. 18 yaşından büyük olan,
3. Evli olan,
4. Türkçe konuşabilen ve en az okur-yazar olan,
5. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar.

#### **3.4.2. Dışlanma Kriterleri**

1. 18 yaşından küçük olan,
2. Bekar olan,
3. Türkçe konuşamayan, okuma yazması olmayan,
4. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan,
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veri toplamak amacıyla ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)’’ ve ‘‘Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği-FertiQol (EK 2)’’ kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine, evlilik ve tedavi geçmişine ilişkin verilerin elde edilmesi amacıyla literatürden yararlanılarak

araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Aarts ve ark. 2012; etinbaş 2014; Uğur 2014; Keramat ve ark. 2014; Zeren 2016). Form 18 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

### **3.5.2. Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi leği (FertiQol)**

Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından fertilitte problemleri ve tedavisinin hayat kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla İngilizce olarak geliştirilen ölçek, aynı ekip tarafından 20 dile (Almanca, Arapça, ince, Danimarkaca, Fince, Fransızca, Hırvatça, Hintçe, Hollandaca, İngilizce, İtalyanca, İspanyolca, İsveççe, Portekizce, Romence, Rusça, Sırpça, Türkçe, Vietnamca ve Yunanca) evrilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması etinbaş ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan ölçek, 36 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir (EK 2).

Ölçekte, fiziksel sağlık ve hayat kalitesi genel tatminini ölçen iki madde, çekirdek (24 madde) ve Tedavi Modülü (10 madde) olmak üzere iki ana modül yer almaktadır. Çekirdek Modül, Duygusal (6 madde), Zihin-beden (6 madde), İlişkisel (6 madde) ve Sosyal (6 madde) olmak üzere dört alt boyuttan; Tedavi Modülü ise Tedavi evresi (6 madde) ve Tedavi Tolerasyonu (4 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek sorularının alt boyutlara göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Puanlama için hesaplama yapılacak ölçekteki sorulardan hastanın aldığı puanlar toplanır (Tablo 3). Sonunda ‘R’ olan soruların puanları 0-4 puan arasında ters çevrilerek puanlamaya dahil edilir. Bu Şekilde lm yapılacak ölçekle ilgili puanlar toplanır. Takiben bu puan ‘25’ ile çarpılır ve elde edilen puan toplamaya katılan soru sayısına bölünür; böylece ölçekle ilgili puan hesaplanmış olur. Ölçeğin tüm alt boyut, modül ve toplam puanı, minimum 0, maksimum 100 puandır. Ölçekten alınan puanının yükselmesi, hayat kalitesinin yükselmesi anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Boivin ve ark. (2011) tarafından 0,72 ve 0,92 aralığında, etinbaş ve ark. (2014) tarafından 0,90, bu çalışmada ise 0,92 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3. FertiQol Ölçek Maddelerinin Dağılımı**

MADDE	Fiziksel sağlık ve hayat kalitesi	Çekirdek Modülü				Tedavi Modülü	
		Duygusal	Zihin-Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu
		A	Q4R	Q1	Q6	Q5	T2R
B	Q7	Q2	Q11R	Q10	T5R	T3	
	Q8	Q3	Q15R	Q13	T7	T4	
	Q9	Q12	Q19	Q14R	T8	T6	
	Q16	Q18	Q20	Q17	T9		
	Q23	Q24	Q21R	Q22	T10		

(Zeren 2016).

### 3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Veriler, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Tüp Bebek Merkezi'nde, örnekleme alınan kadınlardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler kadınların mahremiyetini ve kendilerini daha rahat ifade edebilmelerini sağlamak amacıyla klinikte yer alan hasta görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ilişkin bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 3) imzalatılmış, yaklaşık 15 dakikalık süre içerisinde Birey Tanıtım Formu ve FertiQol doldurulmuştur.

### 3.7. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri sayı, yüzde ve aritmetik ortalama, ortanca dağılımları olarak verilmiştir. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre, FertiQol puan ortalamalarını incelemek amacıyla normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak parametrik (bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, spearman korelasyon analizi) ve nonparametrik testler (Kruskal Wallis, Mann Whitney U) kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.



### 3.8. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Veriler, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan 01.03.2017 tarih ve 20.478.486 sayılı kararı (EK 4) ile araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nden 20.04.2017 tarihinde E.1986 sayılı (EK 5) yazılı izinler alındıktan sonra, araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınarak toplanmıştır. Katılımcılara veri toplamaya baŐlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırma süreci ile ilgili araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmada Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin kullanılabilmesi için, ölçeğin Türkçe geçerlik ve gúvenirliĐini yapan Ayça etinbaŐ'dan izin alınmıştır (EK 6).

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınlara ilişkin tanıtıcı özellikler ile infertilite ilişkisinin saptanması, kadınların FertiQol Hayat Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ve infertilite ile karşılaştırılması sonucunda elde ettiğimiz verilerin analizleri yer almaktadır.

### 4.1. KADINLARIN TANITICI BİLGİLERİ

**Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri**

		Ort±Ss	Min-Max
Yaş ortalaması (yıl)		31,05±5,00	21-43
		n	%
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı mezunu	45	29,8
	Ortaokul	32	21,2
	Lise	36	23,8
	Yüksekokul ve üstü	38	25,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	61	40,4
	Çalışmıyor	90	59,6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	46	30,5
	Gelir gidere denk	87	57,6
	Gelir giderden fazla	18	11,9
Sosyal Güvence	Var	140	92,7
	Yok	11	7,3
Aile Tipi	Çekirdek aile	125	82,8
	Geniş aile	26	17,2
TOPLAM		151	100,0

Tablo 4’de çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Kadınların yaş ortalamasını 31,05±5,00 yıl olduğu, %29,8’inin ilkokul ve altı mezunu, %59,6’sının çalışmadığı, %57,6’sının gelirinin giderine denk olarak algıladığı, %92,7’sinin sosyal güvencesi olduğu ve %82,8’i çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5. Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin Özellikleri**

		Ort±Ss	Min-Max
Eşin Yaş Ortalaması (yıl)		34,72±5,86	20-52
Evlilik Yılı Ortalaması (yıl)		6,74±4,15	1-22
Çocuk İsteme Süresi Ortalaması (yıl)		Ortanca 1,00	Min-Max 0-7
		n	%
Eş Eğitim Durumu	İlkokul ve altı mezunu	41	27,2
	Ortaokul	33	21,8
	Lise	48	31,8
	Yüksekokul ve üstü	29	19,2
Evlilik Biçimi	Flört ederek	100	66,2
	Görücü usulü	51	33,8
Geçmişte Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu	Kullanmış	45	29,8
	Kullanmamış	106	70,2
*Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi	Hap	16	35,6
	Kondom	20	44,3
	Geri çekme	9	20,1
Çocuk Varlığı	Var	17	11,3
	Yok	134	88,7
**Çocuk Sayısı	1	15	87,6
	2	2	12,4
TOPLAM		151	100,0

\*45 kişi, \*\*17 kişi yanıt vermiştir

Tablo 5’de çalışmaya katılan kadınların evlilik ve doğurganlık özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 34,72±5,86 yıl olup, %31,8’i lise mezunudur. Kadınların evlilik süresi ortalaması 6,74±4,15 yıl ve %66,2’si eşi ile flört ederek evlenmiştir ve çocuk isteme sürelerinin ortanca değeri ise bir yıl olarak belirlenmiştir. Kadınların %70,2’sinin geçmişte herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı ve kullananların ise %44,3’ünün kondom kullandıkları, %88,7’sinin hiç çocuğunun olmadığı, çocuğu olanların %87,6’sının sadece bir çocuğunun olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

## 4.2. KADINLARIN İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ GEÇMİŞLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

**Tablo 6. Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özellikleri**

Değişkenler		n	%
Gebe Kalamama Süresi	1 yıldan az	6	4,0
	1-2 yıl	35	23,2
	3-4 yıl	50	33,1
	5 yıl ve üzeri	60	39,7
Gebe Kalamama Nedenini Bilme Durumu	Biliyor	62	41,1
	Bilmiyor	89	58,9
*Gebe Kalamama Nedeni	Kadına ait faktörler	41	66,1
	Erkeğe ait faktörler	13	21,0
	Açıklanamayan infertilite	8	12,9
Daha Önce İnfertilite Tedavisi Alma Durumu	Evet	113	74,8
	Hayır	38	25,2
**Daha Önce Alınan İnfertilite Tedavisi Çeşidi	Aşılama	36	31,8
	Tüp bebek	26	23,0
	Aşılama+Tüp bebek	31	27,4
	Tüplerle ilgili operasyon	4	3,5
	Hormon tedavisi	12	10,7
	Aşılama+Hormon tedavisi	3	2,7
	Tüp bebek+Tüplerle ilgili operasyon	1	0,9
**Daha Önce Alınan İnfertilite Tedavisi Süresi	1 yıldan az	43	38,1
	1-2 yıl	40	35,4
	3 yıldan fazla	30	26,5
***Tüp Bebek Deneme Sayısı	1	27	41,0
	2 ve üzeri	39	59,0
<b>TOPLAM</b>		<b>151</b>	<b>100,0</b>

\*62 kişi, \*\*113 kişi, \*\*\*66 kişi yanıt vermiştir.

Tablo 6’da çalışmaya katılan kadınların infertilite ve infertilite tedavi geçmişlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların %39,7’sinin 5 yıl ve daha uzun süredir gebe kalamadığı, %58,9’unun gebe kalamama nedenini bilmediği, gebe kalamama nedenini bilenlerin %66,1’i kadına ait faktörler nedeni ile gebe kalamadığı belirlenmiştir. Kadınların %74,8’inin daha önce infertilite

tedavisi gördüğü ve tedavi görenlerin %31,8'inin aşılama tedavisi gördüğü, %38,1'inin bir yıldan daha kısa süredir infertilite tedavisi aldığı ve %59'unun da iki ve üzeri sayıda tüp bebek tedavisi aldığı belirlenmiştir (Tablo 6).



### 4.3. KADINLARIN FERTİQOL ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI

**Tablo 7. Kadınların FertiQol ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

Ölçek Alt Boyutları		Ort	Ss	Min-max
Çekirdek Modülü	Duygusal	56,12	22,32	0-100
	Zihin-Beden	63,18	23,74	0-100
	İlişkisel	76,73	18,95	0-100
	Sosyal	66,58	21,52	0-100
	<b>Toplam</b>	65,65	18,32	0-100
Tedavi Modülü	Tedavi Çevresi	64,48	16,72	0-100
	Tedavi Tolerasyonu	59,14	24,12	0-100
	<b>Toplam</b>	62,35	15,94	0-100
<b>FertiQol Toplam</b>		64,68	16,08	0-100

Tablo 7’de çalışmaya katılan kadınların FertiQol ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. FertiQol toplam puan ortalaması  $64,68 \pm 16,08$ ; Çekirdek Modülü toplam puan ortalaması  $65,65 \pm 18,32$  ve Tedavi Modülü toplam puan ortalaması  $62,35 \pm 15,94$ ’tür. FertiQol Çekirdek Modülünün Duygusal alt boyutu puan ortalaması  $56,12 \pm 22,32$ ; Zihin-Beden alt boyutu puan ortalaması  $63,18 \pm 23,74$ ; İlişkisel alt boyutu puan ortalaması  $76,73 \pm 18,95$ ; Sosyal alt boyut puan ortalaması  $66,58 \pm 21,52$ ’dir. Çalışmaya katılan kadınlar, Tedavi Modülünün Tedavi Çevresi alt boyut puan ortalaması  $64,48 \pm 16,72$  ve Tedavi Tolerasyonu alt boyut puan ortalamasını  $59,14 \pm 24,12$  olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

#### 4.4. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE FERTİQOL PUAN ORTALAMALARI

Tablo 8. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları

Değişkenler			Çekirdek Modülü Puan Ortalaması r/p	Tedavi Modülü Puan Ortalaması r/p	FertiQol Toplam Puan Ortalaması r/p
Yaş ortalaması (yıl)			r=0,075 p=0,361	r=0,136 p=0,095	r=0,100 p=0,222
		n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı mezunu	45	61,22±16,97	59,61±16,27	60,75±15,18
	Ortaokul	32	69,04±16,11	66,32±14,50	68,24±14,32
	Lise	36	65,13±17,62	63,12±15,06	64,54±14,91
	Yüksekokul ve üstü	38	68,55±21,55	61,51±17,34	66,48±18,94
	F		1,586	1,174	1,598
Çalışma Durumu	Evet	61	67,02±18,30	64,42±15,13	66,26±15,58
	Hayır	90	64,73±18,38	60,94±16,40	63,61±16,41
	t		0,753	1,320	0,990
	p		0,453	0,189	0,324
	Gelir Durumu	Gelir giderden az	46	62,04±20,30	59,51±17,22
Gelir gidere denk		87	65,96±17,45	62,98±14,89	65,08±15,21
Gelir giderden fazla		18	73,43±15,17	66,52±17,10	71,40±13,28
KW			4,504	2,886	4,101
P			0,105	0,236	0,129
Sosyal Güvence	Var	140	65,89±18,74	63,28±15,83	65,12±16,44
	Yok	11	62,68±12,01	50,45±12,73	59,09±9,19
	U		640,500	395,000	556,000
	P		0,354	<b>0,007</b>	0,125
Aile Tipi	Çekirdek aile	125	65,97±18,90	61,72±15,34	64,72±16,43
	Geniş aile	26	64,14±15,50	65,38±18,62	64,50±14,59
	U		1501,500	1423,500	1621,500
	P		0,543	0,320	0,986

F: Tek yönlü varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

Tablo 8’de araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre FertiQol alt modül ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamaları ile FertiQol Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ilişki yoktur

( $p>0,05$ ). Yapılan istatistiksel analizlere göre, kadınların eğitim durumları, çalışma durumları, gelir durumlarına ve aile tiplerine göre FertiQol Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan kadınların sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre FertiQol Çekirdek Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), sosyal güvencesi olan infertil kadınların Tedavi Modülü puan ortalaması  $63,28\pm 15,83$ ; sosyal güvencesi olmayan kadınların ise  $50,45\pm 12,73$  olarak belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $U=395,000$ ;  $p=0,007$ ) (Tablo 8).





#### 4.5. KADINLARIN EVLİLİK VE DOĞURGANLIKLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE FERTİQOL PUAN ORTALAMALARI

**Tablo 9. Kadınların Evlilik ve Doğurganlıklarına İlişkin Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları**

Değişkenler			Çekirdek Modülü Puan Ortalaması r/p	Tedavi Modülü Puan Ortalaması r/p	FertiQol Toplam Puan Ortalaması r/p
Eşin Yaş Ortalaması (yıl)			r=0,032 p=0,697	r=0,072 p=0,378	r=0,047 p=0,568
Evlilik Yılı Ortalaması (yıl)			r=-0,130 p=0,111	r=0,020 p=0,807	r=-0,099 p=0,228
		<b>n</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Ort±Ss</b>
Eşin Eğitim Durumu	İlkokul ve altı mezun	41	62,75±18,34	62,86±15,89	62,78±16,01
	Ortaokul	33	71,62±13,64	65,90±14,42	69,94±12,72
	Lise	48	62,21±19,07	58,17±15,33	61,02±16,51
	Yüksekokul ve üstü	29	68,67±20,26	64,48±17,84	67,44±17,53
	KW		6,867	5,465	7,452
	P		0,076	0,141	0,059
Evlilik Biçimi	Flört ederek	100	67,20±18,86	61,07±15,16	65,40±16,24
	Görücü usulü	51	62,62±16,99	64,85±17,25	63,27±15,81
	t		1,460	-1,381	0,767
	p		0,146	0,169	0,444
Geçmişte Aile Planlaması	Kullanmış	45	66,96±18,94	62,77±15,05	65,73±16,31
	Kullanmamış	106	65,10±18,12	62,16±16,37	64,24±16,04
	t		0,570	0,214	0,521
Yöntemi Kullanma Durumu	p		0,569	0,831	0,603
	Çocuk Varlığı	17	75,18±16,80	65,88±16,65	72,44±16,03
	Yok	134	64,45±18,21	61,90±15,86	63,70±15,87
	U		710,500	997,000	763,000
	P		<b>0,012</b>	0,402	<b>0,027</b>

t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

Araştırmaya katılan infertil kadınların evlilik ve doğurganlıklarına ilişkin özelliklerine göre FertiQol alt modül ve toplam puan ortalamaları Tablo 9'da yer almaktadır. Kadınların eşlerinin yaş ortalamaları ve evlilik süresi ortalamaları ile

FertiQol Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ilişki yoktur ( $p>0,05$ ). Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına, evlilik biçimlerine, geçmişte aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmamalarına göre de FertiQol Çekirdek Modülü, Tedavi Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Çalışmada çocuğu olan kadınların FertiQol Çekirdek Modülü puan ortalaması  $75,18\pm 16,80$ , toplam puan ortalaması  $72,44\pm 16,03$ ; olmayanların ise FertiQol Çekirdek Modülü puan ortalaması  $64,45\pm 18,21$ ; toplam puan ortalaması  $63,70\pm 15,87$ 'dir. Kadınların çocuklarının olup olmamasına göre hem FertiQol Çekirdek Modülü ( $U=710,500$ ,  $p=0,012$ ) hem de toplam puan ortalamaları ( $U=763,000$ ;  $p=0,027$ ) arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 9).

#### 4.6. KADINLARIN İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ GEÇMİŞLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE FERTİQOL PUAN ORTALAMALARI

**Tablo 10. Kadınların İnfertilite ve İnfertilite Tedavi Geçmişlerine İlişkin Özelliklerine Göre FertiQol Puan Ortalamaları**

Değişkenler		n	Çekirdek Modülü Puan Ortalaması Ort±Ss	Tedavi Modülü Puan Ortalaması Ort±Ss	FertiQol Toplam Puan Ortalaması Ort±Ss
Gebe Süresi	1 yıldan az	6	67,70±16,43	67,08±10,17	67,52±11,40
	1-2 yıl	35	70,86±18,68	64,00±17,47	68,84±17,08
	3-4 yıl	50	69,04±16,28	61,95±14,82	66,95±13,90
	5 yıl ve üzeri	60	59,60±18,59	61,25±16,55	60,08±16,76
	KW		10,887	1,303	8,595
	P		<b>0,012</b>	0,728	<b>0,035</b>
Gebe Kalamama Nedenini Bilme Durumu	Biliyor	62	66,83±18,33	67,09±14,24	66,91±15,70
	Bilmiyor	89	64,84±18,37	59,04±16,30	63,13±16,24
	t		0,656	3,141	1,424
	p		0,513	<b>0,002</b>	0,157
*Gebe Kalamama Nedeni	Kadına ait faktörler	41	68,59±17,44	67,43±13,34	68,25±15,00
	Erkeğe ait faktörler	13	66,42±16,98	71,92±16,33	68,04±15,31
	Açıklanamayan İnfertilite	8	58,46±24,43	57,50±12,02	58,18±19,01
	KW		0,734	5,327	1,985
	p		0,693	0,070	0,371
Daha Önce İnfertilite Durumu	Evet	113	64,26±18,47	61,61±16,31	63,48±16,23
	Hayır	38	69,81±17,43	64,53±14,77	68,26±15,28
	t		-1,626	-0,978	-1,594
	p		0,106	0,330	0,113
**Daha Önce Alınan İnfertilite Durumu	1 yıldan az	43	69,01±19,03	66,74±15,23	68,34±16,41
	1-2 yıl	40	63,72±17,63	57,25±16,57	61,81±15,45
	3 yıldan fazla	30	58,15±17,41	60,08±15,98	58,72±15,61
	F		3,196	3,877	3,588
	p		<b>0,045</b>	<b>0,025</b>	<b>0,031</b>
***Tüp Bebek Tedavisi Deneme Sayısı	1	27	57,75±18,33	59,53±16,21	58,27±16,66
	2 ve üzeri	39	62,36±20,11	59,74±18,36	61,59±17,49
	U		464,000	522,500	464,500
	p		0,415	0,958	0,419

\*62 kişi, \*\*113 kişi, \*\*\*66 kişi yanıt vermiştir.

F: Tek yönlü varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U

Tablo 10’da araştırmaya katılan kadınların infertilite ve infertilite tedavi geçmişlerine ilişkin özelliklerine göre FertiQol alt modül ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışmada kadınların gebe kalamama sürelerine göre FertiQol Tedavi Modülü ortalaması arasında fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), 1-2 yıldır gebe kalamayan kadınların FertiQol ekirdek Modülü puan ortalaması  $70,86\pm 18,68$ ; toplam puan ortalaması  $68,84\pm 17,08$ ; 5 ve üzeri yıldır gebe kalamayanların ise FertiQol ekirdek Modülü puan ortalaması  $59,60\pm 18,59$ ; FertiQol toplam puan ortalaması  $60,08\pm 16,76$ ’dir. Kadınların gebe kalamama süresine göre FertiQol ekirdek Modülü ( $KW=10,887$ ;  $p=0,012$ ) ve FertiQol toplam puan ortalamaları ( $KW=8,595$ ;  $p=0,035$ ) arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu farkın 5 yıl ve üzeri sreden beri gebe kalamayan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların gebe kalamama nedenini bilme durumlarına göre FertiQol ekirdek Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), gebe kalamama nedenini bilen infertil kadınların Tedavi Modülü puan ortalaması  $67,09\pm 14,24$ ; gebe kalamama nedenini bilmeyen infertil kadınların ise  $59,04\pm 16,30$  olarak belirlenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3,141$ ;  $p=0,002$ ) (Tablo 10).

Çalışmaya katılan infertil kadınlar arasında daha önce bir yıldan az süre infertilite tedavisi almış olan kadınların FertiQol ekirdek Modülü puan ortalaması  $69,01\pm 19,03$ , Tedavi Modülü puan ortalaması  $66,74\pm 15,23$  ve toplam puan ortalaması  $68,34\pm 16,41$ ’dir. İnfertilite tedavi süresi 1-2 yıl olan kadınların FertiQol ekirdek Modülü puan ortalaması  $63,72\pm 17,63$ ; Tedavi Modülü puan ortalaması  $57,25\pm 16,57$  ve toplam puan ortalaması  $61,81\pm 15,45$ ’dir. Üç yıldan fazla infertilite tedavisi alan kadınların FertiQol ekirdek Modülü puan ortalaması  $58,15\pm 17,41$ ; Tedavi Modülü puan ortalaması  $60,08\pm 15,98$  ve toplam puan ortalaması  $58,72\pm 15,61$ ’dir. Kadınların daha önce alınan infertilite tedavi süresi 1 yıldan az olanlarda, FertiQol ekirdek Modülü ( $F=3,196$ ;  $p=0,045$ ), Tedavi Modülü ( $F=3,877$ ;  $p=0,025$ ) ve toplam puan ortalamaları ( $F=3,588$ ;  $p=0,031$ ) arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı ve yüksektir (Tablo 10).

Kadınların gebe kalamama nedenlerine, daha önce infertilite tedavisi alma durumlarına ve tüp bebek tedavisi deneme sayısına göre FertiQol ekirdek Modülü,

Tedavi Modülü ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).



## 5. TARTIŞMA

İnfertil kadınların hayat kalitesini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre tartışma beş başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır:

- İnfertil kadınların sosyodemografik özelliklerine göre incelenmesi
- İnfertil kadınların evlilik ve doğurganlıklarına ilişkin özelliklerine göre incelenmesi
- Kadınların infertilite ve infertilite tedavi geçmişlerine ilişkin özelliklerine göre incelenmesi
- Kadınların FertiQol ve alt boyut puan ortalamalarına göre incelenmesi
- Kadınların FertiQol puan ortalamalarının değişkenlere göre incelenmesi

### 5.1. İNFERTİL KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş ortalamasının  $31,05 \pm 5,00$  yıl olduğu belirlenmiştir. Literatürde infertil kadınlar ile yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; bazı çalışmalarda yapılan çalışmaya benzer olarak katılımcıların yaş ortalaması 35 yaş altında bulunurken (Aarts ve ark. 2011; Uğur 2014; Çetinbaş 2014; Dong ve Zhou 2014; Zeren 2016; İsmail ve Moussa 2016; Bose ve Roy 2017) bazı çalışmalarda kadınların yaş ortalamasının 35 yaş ve üstü olduğu bulunmuştur (Hsu ve ark. 2013; Direkvand-Moghadam ve ark. 2014). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2013 raporuna göre, kadınların doğurganlık hızının 25-29 yaş aralığında en fazla olduğu saptanmıştır. Günümüzde kadınların eğitim, kariyer gibi nedenlerle evlenme yaşlarının giderek artması, anne olmayı daha ileri yaşlara bırakmalarına neden olmaktadır. Bu bir yandan infertilite sorununu tetiklediği ya da çocuk sahibi olmayı güçleştirdiği gibi öte yandan tüp bebek tedavisini zora sokan bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü tüp bebek tedavisi her yaşta uygulanabilen bir tedavi değildir (Sözeri-Varma ve ark. 2006).

Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde; %74,8'inin lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip oldukları, %25,2'sinin ise yüksekokul ve üzeri eğitim aldıkları saptanmıştır. Önceki çalışmalarda yüksekokul ve üzeri eğitim alan kadınların oranının %13 ile %51 arasında değiştiği ve araştırma sonuçlarıyla uyumlu olduğu bulunmuştur (Çetinbaş 2014; Zeren 2016). Literatürde infertil kadınların eğitim düzeyinin bu çalışmadaki kadınlara göre daha yüksek (Uğur 2014) veya daha düşük (İsmail ve Moussa 2016) bulunduğu çalışma sonuçları da mevcuttur. Eğitim seviyesi, infertilitenin algılanması ve çiftlerin infertilitenin yol açtığı sorunlarla başa çıkma düzeyini etkilemesi yönünden oldukça önemlidir (Zeren 2016). Bu çalışmada eğitim durumunun yüksek olmaması nedeniyle infertiliteye bağlı sorunları algılama ve baş edebilme düzeylerinin çok iyi olmadığı düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumları incelendiğinde; %40,4'ünün çalıştığı, %59,6'sının ise çalışmadığı saptanmıştır. İnfertil kadınlar üzerinde Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmış olan çalışma sonuçları incelendiğinde ise; kadınların çalışma oranının %10 ile %67,5 arasında değiştiği bulunmuştur (Karabulut ve ark. 2013; Çetinbaş 2014; Zeren 2016; Uğur 2014; Karaca ve ark. 2014; Bose ve Roy 2017; İsmail ve Moussa 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK-2014)'e göre 15 yaş üzeri kadınların iş gücüne katılım oranı %30,3'dür. Yapılan çalışmanın sonuçları TÜİK-2014 verilerine oranla yüksek bulursa da bu durumun çalışmanın Türkiye'nin batısında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan araştırmada gelir durumuna bakıldığında; kadınların %30,5'inin kötü, %57,6'sının orta, %11,9'unun ise iyi gelir durumuna sahip olduklarını saptanmıştır. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda gelir durumunu orta düzeyde ifade edenlerin oranı %54,3 ile %60 arasında değişmekte ve çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Karabulut ve ark. 2013; Zeren 2016; Bose ve Roy 2017). Çalışmada kadınların neredeyse yarısının çalıştığı ve çoğunluğunun gelir durumunun orta düzeyde olduğu görülmektedir. Tedavi işlemleri sık kontrol ve izlem gerektirdiği için, çalışan kadında izin alma sırasında yöneticilere bilgi verme zorunluluğu, stres yaratabilir ve bu durum tedaviyi olumsuz etkileyebilir. Fakat infertilite tedavisinin pahalı bir tedavi olması nedeni ile kadının çalışıp para kazanması tedaviye ulaşımını kolaylaştırabilir. Ayrıca çalışmak kadınlar için ayrı bir sosyal çevre oluşturması nedeniyle de tedavide başarı şansını artırabilir.

Araştırmada sosyal güvence durumu incelendiğinde; katılımcıların %92,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %7,3'ünün ise sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmanın bulguları infertil kadınlarda sosyal güvence varlığının yüksek olduğunu belirten diğer çalışmaları (Karabulut ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2014) desteklemiştir. Sosyal güvence varlığının yüksek olması infertilite tedavisinin karşılanmasında önemli bir faktördür. Çalışma sonucunda sosyal güvencenin yüksek bulunma nedeninin tedavi giderlerinin fazla olması nedeni ile sosyal güvencesi olmayanların tedavi merkezine başvurmamış olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların aile tipleri incelendiğinde; %82,8'inin çekirdek aile, %17,2'sinin ise geniş aile tipine sahip oldukları tespit edilmiştir. İnfertilite tedavisi alan kadınlar üzerinde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; aile tiplerini çekirdek aile olarak ifade edenlerin oranı %26,7 ile %97,9 arasında değişmektedir (Karabulut ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2014; Zeren 2016; İsmail ve Moussa, 2016; Bose ve Roy 2017). Literatürdeki bulgular bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösterdiği gibi (Karabulut ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2014; Zeren 2016), benzerlik göstermeyen çalışmalarda mevcuttur (İsmail ve Moussa 2016; Bose ve Roy 2017). Çalışmanın Türkiye'nin batısında, büyükşehirde ve il merkezinde yürütülmüş olması aile tipinin yüksek oranda çekirdek aile yapısına sahip olmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

## **5.2. İNFERTİL KADINLARIN EVLİLİK VE DOĞURGANLIKLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ**

Araştırmaya dahil edilen infertil kadınların eşlerinin yaş ortalamasının  $34,72 \pm 5,86$  yıl olduğu belirlenmiştir. Literatürde konu ile alakalı diğer çalışmalar incelendiğinde; eşlerin yaşları ortalaması  $31,53 \pm 3,62$  yıl ile  $34,00 \pm 4,81$  yıl arasında değişmektedir ve çalışma sonuçlarının infertilite ile ilgili yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (İnal 2009; Oltuluoğlu ve ark. 2012; Bose ve Roy 2017). Eşlerin yaş ortalamasının da kadınlarda olduğu gibi 35 yaş altında olduğu ve yaşın infertilite tedavisinde önemli bir faktör olduğu için tedaviye başvurmada geç kalmadıkları düşünülmektedir.



Araştırmaya katılan kadınların evlilik yılı ortalaması  $6,74\pm 4,15$  yıldır. Literatürde; Mısır'da infertil kadınlarda başa çıkma yöntemleri ve hayat kalitesinin incelendiği çalışmada evlilik yılı ortalaması  $6,44\pm 4,80$  yıl olarak belirlenmişken (İsmail ve Moussa 2016), Hindistan'da primer infertil çiftlerde hayat kalitesinin araştırıldığı diğer bir çalışmada kadınların evlilik yılı ortalaması  $3,25\pm 1,68$  yıl olarak saptanmıştır (Bose ve Roy 2017). Bu durumun, çalışmanın yapıldığı yer ve o ülkenin sağlık politikalarıyla alakalı olabileceği ya da çiftlerin tedaviye başvurmada daha erken davrandıkları ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

Kadınların evlendikten sonra çocuk sahibi olmaya karar verme süreleri ortalaması  $1,33\pm 1,65$  yıldır. Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu evliliklerinin ilk iki yılı içerisinde çocuk sahibi olmaya karar vermişlerdir. Bu toplumun baskısı ve kişilerin çocukluktan bu yana anne-babalık rolünü yerine getirme çabasından kaynaklanabilir. Toplumumuzda bazı kadınların sırf çocuk sahibi olmak için evlenmeleri söz konusu olabilmektedir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında; %80,8'inin lise ve daha düşük bir eğitim seviyesine sahip olduğu, %19,2'sinin ise yüksek okul ve üzeri bir eğitim aldıkları saptanmıştır. Kadınların eğitim durumu ile karşılaştırıldığında cinsiyetler arası fark olmaksızın çiftlerin yüksek oranda lise ve daha düşük bir eğitim seviyesine sahip oldukları ve bunun da zorunlu eğitim süresi ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %66,2'si eşleriyle flört edip isteyerek evlenmiştir. Benzer diğer çalışmalar incelendiğinde; eşleri ile flört ederek evlenen kadınların oranının %67,1 ile %84 arasında değiştiği ve genel olarak eşlerin birbirleri ile tanışıp, görüşüp, isteyerek evlendikleri söylenebilir (Çetinbaş 2014; Uğur 2014; Zeren 2016). Eşlerin birbiri ile isteyerek evlenmesi yaşadıkları infertilite sorunu hakkında konuşma ve paylaşımda bulunma, tedavi sürecine uyum ve birbirlerine desteği arttırmada etkili olabilir. Bu durumunda tedavide başarı şansının artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %88,7'sinin çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde; primer infertilite oranı Eskişehir'de infertilite tedavisi alan çiftlerde, çift uyumunun hayat kalitesi üzerine etkilerinin

incelendiği çalışmada %92,9 (Zeren 2016), Edirne’de yardımla üreme tekniklerine başvuran kadınlarda hayat kalitesinin incelendiği çalışmada %92,4 (Çetinbaş 2014), İstanbul’da infertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkilerinin incelendiği çalışmada %82,2 (Uğur 2014) ve Hollanda’da infertilitede stres ve hayat kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada ise %72 (Aarts ve ark. 2011) olarak saptanmıştır. Bütün bu çalışmalarda katılımcıların büyük bir çoğunluğunun hiç çocuk sahibi olmamasının ortak bir sorun olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre genelde tedaviye başvuranlar bir çocuğa sahip olabilmek adına merkezlere başvurumaktadırlar. Çocuk sahibi olanların ise sekonder infertilite tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanmaması nedeniyle tedaviye başvurmadığı düşünülmektedir.

### **5.3. KADINLARIN İNFERTİLİTE VE İNFERTİLİTE TEDAVİ GEÇMİŞLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ**

Katılımcıların infertilite süresi incelendiğinde; %39,7’sinin 5 yıl ve üzeri yıldır gebe kalamadıkları saptanmıştır. Bu sürenin uzaması infertiliteye bağlı yaşanan sorunların artmasına ve ümitsizlik duygularının gelişmesine neden olabilir. Katılımcıların %58,9’u ise gebe kalamama nedenini bilmemektedir. Edirne’de yapılan bir çalışmada kadınların %43,7’si (Çetinbaş 2014), İstanbul’da yapılan diğer bir çalışmada %77,8’si (Uğur 2014) infertilite nedenini bilmektedir. Gebe kalamama nedenlerini bilenlerin %66,1’i kadına ait nedenlerle gebe kalamadıklarını belirtmiştir. Eskişehir’de yapılan çalışmada kadın faktörlü infertilite oranı %37,6 (Zeren 2016), Hollanda’da yapılan çalışmada %27 (Aarts ve ark. 2011), Hindistan’da yapılan diğer bir çalışmada ise %73,3 (Bose ve Roy 2017) olarak bildirilmiştir. Ülkemizde çocuk sahibi olamayan çiftlerde, genellikle hastaneye başvuran kişi kadın olmakta ve infertilite erkek kaynaklı bile olsa, kadınlar sorunu kendi üstlerine almaktadır. Çalışmada kadın infertilitesi oranının yüksek olmasının bunlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

#### 5.4. KADINLARIN FERTİQOL VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARINA GÖRE İNCELENMESİ

Kadınların FertiQol toplam puan ortalaması  $64,68 \pm 16,08$ ; Çekirdek Modülü puan ortalaması  $65,65 \pm 18,32$  ve Tedavi Modülü puan ortalaması ise  $62,35 \pm 15,94$ 'tür. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; FertiQol toplam hayat kalitesi puan ortalaması en yüksek  $73,3 \pm 26,4$ , en düşük  $50,6 \pm 12,3$  bulunmuştur (Boivin ve ark. 2011; Karabulut ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2014; Dong ve Zhou 2014; Çetinbaş 2014; İsmail ve Moussa 2016; Bose ve Roy 2017). Çekirdek modülde hayat kalitesi toplam puan ortalaması en yüksek  $71,1 \pm 18,8$  (Çetinbaş 2014), en düşük  $54,3 \pm 13,5$  (Hsu ve ark. 2013) olduğu saptanmıştır (Aarts ve ark. 2011; Boivin ve ark. 2011; Hsu ve ark. 2013; Çetinbaş 2014). Tedavi modülünde hayat kalitesi toplam puan ortalaması en yüksek  $66,1 \pm 12,7$  (Çetinbaş 2014), en düşük  $56,0 \pm 10,7$  (Hsu ve ark. 2013) olarak tespit edilmiştir (Boivin ve ark. 2011; Hsu ve ark. 2013; Çetinbaş 2014). Çalışmalar arasında gözlenen farklılıkların yapılan yer ve ülke farklılıklarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Sosyodemografik özellikler, ülke ekonomisi ve sağlık politikalarının da farklılıklara neden olabileceği düşünülmektedir.

Kadınlarda FertiQol çekirdek modülünde, duygusal alt boyut puan ortalaması  $56,1 \pm 22,3$ , zihin-beden alt boyut puan ortalaması  $63,1 \pm 23,7$ , ilişkisel alt boyut puan ortalaması  $76,7 \pm 18,9$ , sosyal alt boyut puan ortalaması ise  $66,5 \pm 21,5$ 'tir. Ayrıca çekirdek modülde en yüksek hayat kalitesi puan ortalaması ilişkisel alt boyutta, en düşük hayat kalitesi puan ortalaması ise duygusal alt boyutta olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; çekirdek modülde benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar mevcuttur (Aarts ve ark. 2011; Boivin ve ark. 2011; Keramat ve ark. 2012; Karabulut ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2014; Uğur 2014; İsmail ve Moussa 2016). Yapılan diğer bir çalışmada ise en yüksek hayat kalitesi puan ortalaması duygusal alt boyutta, en düşük hayat kalitesi puan ortalaması ise İlişkisel alt boyutta bulunmuş ve yapılan bu çalışmaya göre tam tersi sonuçlar elde edilmiştir (Valsangkar ve ark. 2011). Literatürde bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermeyen çalışmalarda mevcuttur (Hsu ve ark. 2013; Çetinbaş 2014; Dong ve Zhou 2014). Çekirdek modül; infertil kadınların duygusal, zihin-beden, ilişkisel ve

sosyal alanda hayat kalitelerinin ne derece etkilendiğini gösteren bölümdür. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre çekirdek modülde en çok sırasıyla duygusal, zihin-beden, sosyal ve ilişkisel alanda etkilenme görülmüştür. Hayat kalitesine ilişkin negatif duyguların yoğun yaşandığı, sosyal ve ilişkisel alanda desteğin yetersiz kaldığı söylenebilir.

Katılımcılarda FertiQol tedavi modülünde, tedavi çevresi alt boyut puan ortalaması  $64,4 \pm 16,7$ , tedavi tolerasyonu alt boyut puan ortalaması ise  $59,1 \pm 24,1$ 'dir. Ayrıca tedavi modülde en yüksek hayat kalitesi puan ortalaması tedavi çevresi alt boyutunda, en düşük hayat kalitesi puan ortalaması ise tedavi tolerasyonu alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; tedavi modülünde yapılan çalışma ile benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmuştur (Boivin ve ark. 2011; Keramat ve ark. 2012; Uğur 2014). Literatürde diğer çalışmalarda ise en yüksek hayat kalitesi puan ortalaması tedavi tolerasyonu alt boyutunda, en düşük hayat kalitesi puan ortalaması ise tedavi çevresi alt boyutunda olduğu bulunmuş ve yapılan bu çalışmanın tam tersi sonuçları elde edilmiştir (Hsu ve ark. 2013; Karabulut ve ark. 2013; Çetinbaş 2014; Dong ve Zhou 2014; İsmail ve Moussa 2016). Tedavi modülü; infertil kadınların tedavi kalitesi ve erişilebilirliğinin hayat kalitesini ne boyutta etkilediğini ve günlük yaşam üzerine etkisini gösteren bölümdür. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre tedavi modülünde en çok sırasıyla tedavi tolerasyonu ve tedavi çevresi alt boyutunda etkilenme görülmüştür. Tedavi boyunca hayat kalitesine ilişkin sorunların yaşandığı, tedavi tolerasyonu için yeterli psikolojik destek alınmadığı ve devlet desteğinin ulaşılabilirlikte eksik kalabileceği düşünülmektedir.

## **5.5. KADINLARIN FERTİQOL PUAN ORTALAMALARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ**

Çalışmada; kadınların yaş ortalamaları, aile tipleri, eğitim, çalışma ve gelir durumlarına göre hayat kalitesi düzeylerinde fark olmadığı ( $p > 0,05$ ), sosyal güvencesi olanların tedavi modülünde hayat kalitelerinin yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ) saptanmıştır. İnfertilite tedavisinin pahalı olması nedeniyle sosyal güvencesi

olmayanların tedaviye ulaşımda sorunlar yaşayabilmesi nedeniyle hayat kalitelerinin etkilenebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya göre; kadınların eşlerinin yaş ortalamaları ve eğitim durumları, evlilik biçimleri ve süreleri, çocuk isteme süreleri ve geçmişte aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre hayat kalitesi puan ortalamaları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ), yaşayan çocuğa sahip olan kadınların FertiQol toplam puan ortalaması ve Çekirdek modül puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Hiç çocuğu olmayanların kendisine yüklenen en önemli rol olan annelik ve kadınlık rolünü yerine getirememesinden ve toplumsal baskıdan dolayı daha fazla stres yaşadığı, ve bu nedenlerden dolayı hayat kalitelerinin daha fazla etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada; kadınların gebe kalamama nedenleri, daha önce tedavi görmüş olmaları ve tüp bebek deneme sayılarına göre hayat kalitesi puan ortalamaları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ), 5 yıl ve üzeri süredir gebe kalamayan kadınların FertiQol toplam puan ortalaması ve Çekirdek modül puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu ( $p<0,05$ ), gebe kalamama nedenlerini bilenlerin Tedavi modülü puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), erkeğe ait faktörlerle gebe kalamayan kadınların Tedavi modülü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), tedavi süresi kısa (bir yıldan az) olan katılımcıların FertiQol ölçeği ve tüm modüllerde hayat kalitelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) saptanmıştır. Beş yıl ve üzeri süredir gebe kalamayan kadınların sabırlarının tükenmiş olması, geçen zamana karşı ümitlerin azalması nedeniyle hayat kalitesinin azalabileceği, gebe kalamama nedenlerini bilenlerin bilgilendirilme, tedaviye uyum ve katılımı artırması nedeniyle hayat kalitelerini arttırabileceği, erkeğe ait faktörlerle gebe kalamayan kadınların üzerindeki toplumsal baskı ve stresin daha az olabileceğinden kaynaklı hayat kalitelerini arttırabileceği, tedavi süresi kısa (bir yıldan az) olan katılımcıların tedavi sürecinde yıpranmanın daha az olması ve ümitlerin tükenmemiş olmasından dolayı hayat kalitelerini arttırabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İnfertilite tanısı alan kadınların hayat kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre **sonuçlar şöyle özetlenebilir:**

1. İnfertilite tedavisi alan kadınların yaş ortalaması  $31,05 \pm 5,00$  (min:21, max:43) yıldır ve genel olarak 35 yaş altı kadınların tedaviye başvurduğu görülmektedir.
2. Kadınların %49'unun lise ve üzeri eğitim aldıkları, %59,6'sının çalışmadığı, %57,6'sının gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %92,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %82,8'inin ise çekirdek aile tipinde yaşadığı belirlenmiştir.
3. Katılımcıların evlilik yılı ortalamaları  $6,74 \pm 4,15$  yıldır. Kadınların %66,2'si flört ederek evlenmiş ve %88,7'sinin hiç çocuğu yoktur.
4. Kadınların %58,9'u gebe kalamama nedenini bilmediğini, bilenlerin ise %66,1'i kadına ait faktörlerle gebe kalamadıklarını belirtmiştir. Geçmişte tüp bebek tedavisi görenlerin %59'unun en az 2 ve daha fazla sayıda tüp bebek tedavisi denedikleri bulunmuştur.
5. İnfertil kadınlarda hayat kalitesi düzeyleri incelendiğinde; ölçeğin toplam puan ortalaması  $64,68 \pm 16,08$  ve hayat kalitelerinin düşük olduğu, ölçeğin en yüksek puan ortalamasının çekirdek modülde ilişkisel alt boyutta, en düşük puan ortalamasının ise çekirdek modülde duygusal alt boyutta olduğu görülmüştür.
6. İnfertil kadınlarda hayat kalitesini etkileyen faktörler incelendiğinde;
  - Kadınların yaş ortalamaları, aile tipleri, eğitim, çalışma ve gelir durumlarına göre hayat kalitesi düzeylerinde fark olmadığı ( $p > 0,05$ ), sosyal güvencesi olanların tedavi modülünde hayat kalitelerinin yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ),
  - Kadınların eşlerinin yaş ortalamaları ve eğitim durumları, evlilik biçimleri ve süreleri, çocuk isteme süreleri ve geçmişte aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına göre hayat kalitesi puan

ortalamları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ), yaşayan çocuğa sahip olan kadınların FertiQol toplam puan ortalaması ve Çekirdek modül puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu ( $p<0,05$ ),

- Kadınların gebe kalamama nedenleri, daha önce tedavi görmüş olmaları ve tüp bebek deneme sayılarına göre hayat kalitesi puan ortalamaları arasında fark olmadığı ( $p>0,05$ ), 5 yıl ve üzeri süredir gebe kalamayan kadınların FertiQol toplam puan ortalaması ve Çekirdek modül puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu ( $p<0,05$ ), gebe kalamama nedenlerini bilenlerin Tedavi modülü puan ortalamasının daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), tedavi süresi kısa (1 yıldan az) olan katılımcıların FertiQol ölçeği ve tüm modüllerde hayat kalitelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) **saptanmıştır.**

### **Öneriler;**

1. İnfertil bireylere hizmet veren tüm sağlık personellerine konu ile ilgili detaylı bilgi ve eğitimlerin verilmesi, sağlık personelinin empati kurmasına yardımcı olacak ve başvuruları daha iyi anlayıp tedavi sürecinin daha etkin bir şekilde yürütülmesine ve hayat kalitesinin arttırılmasına katkı sağlayacaktır.
2. Tedavi için başvuran çiftler bireysel olarak değerlendirilmeli ve onlar için en uygun tedavi seçenekleri sunulup, bilgilendirilerek çiftlerin uyumu sağlanırsa tedavi sürecini ve hayat kalitesini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.
3. İnfertilite tedavisi için hizmet veren tüm kliniklerde, ekip içerisinde psikologların da bulunması, başvuranlara tedavinin başında ve tedavi süreci boyunca verilecek olan psikolojik destek hayat kalitesinin arttırılmasında yararlı olacaktır.
4. İnfertilite tedavisi sürecinde görevli tüm sağlık personellerinin, bireylerin hayat kalitesini etkileyen durumları değerlendirmesi ve bu konularda daha duyarlı yaklaşımda bulunması gerekmektedir.

5. İnfertilite tedavisinin ekonomik boyutunun devlet tarafından desteklenmesi ve günümüz şartlarının iyileştirilmesi hizmet sunumundaki aksaklığı ve çiftlerin hizmete ulaşılabilirliğini arttırabileceği, bu durumun ise tedaviye uyumu ve hayat kalitesini iyileştirebileceği düşünülmektedir.
6. İnfertilitenin günümüzde giderek artması ve özellikle ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, araştırmacıların ölçeğin erkek formunu da kullanarak çalışma yapması ve sonuçların bu alanda uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir.





## 7. KAYNAKÇA

Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, Nelen WL. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*. 2012;27(2):488–495.

Aarts JW, van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*. 2011;26(5):1112-8.

Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*. 2011;26(8):2084–2091.

Bose S, Roy B. Fertility Related Quality of Life in Primary Infertile Couples: A Comparative Study from Eastern India. *The International Journal of Indian Psychology*. 2017;ISSN 2348-5396 (e)| ISSN: 2349-3429, 13-19.

Çetinbaş A. Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2014, Edirne (Danışman: Prof. Dr. HN. Dağdeviren).

Çetinbaş A, Dağdeviren HN, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. *Euras J Fam Med*. 2014;3(2):105-110.

Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. Effect of Infertility on the Quality of Life, A Cross Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014;8:13-5. DOI: 10.7860/JCDR/2014/8481.5063.

Dilek N, Kızılkaya Beji N. Yardımcı Üreme Teknikleri İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012; 9 (1): 24-29.

Dong Y, Zhou F. Comparison of fertility quality of life between urban and rural infertile couples. *Int J Clin Exp Med*. 2016;9(5):8664-8670.

Egelioglu Çetişli N, Serçekuş P, Oğuz N. Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2014;16(3):38-47.

Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. The Effects of Infertility on Sexual Functions and Dyadic Adjustment in Couples that Present for Infertility Treatment. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2011;22(3):166-176.

Hsu PY, Lin MW, Hwang JL, Lee MS, Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2013;52: 204-209.

Ismail NİA, Moussa AAA. Coping Strategies and Quality of Life among Infertile Women in Damanhour City. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2017;(IOSR-JNHS e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940 Volume 6, Issue 2 Ver. VIII (Mar. - Apr. 2017), PP 31-45.

İnal A. İnfertil Olgularda Gonadotropinli Süperovulasyon Siklusları İle Klomifen Sitratlđ Minimal Stimölasyon Siklusları Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, 2009, Edirne (Danışman: Prof. Dr. M. Küçük).

Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013; 170:193–197.

Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(2):80-85.

Karaca N, Karabulut A, Özkan S, Aktun H, Örengöl F, Yılmaz R, Ateş S, Batmaz G. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016;206, 158–163.

Karlđdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Nahit Özmenler K, Özşahin A. Is there a gender difference in infertile couples without an axis I psychiatric disorder in the context, and sexual function?: *Turkish Journal of Psychiatry*. 2007;18(4):1-11.

Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavehie SMM. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples: Journal of Research in Health Sciences. 2014;14(1):57-64.

Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve Kültür: İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2011;19(2):109-115.

Kılınç RA. Çukurova Üniversitesine Başvuran İnfertil Çiftlerde İn Vitro Fertilizasyon Endikasyonları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2007, Adana (Yard. Doç. Dr. İF. Ürünsak).

Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar: Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(2):162-178.

Mengeot MA, Vogel L. Production And Reproduction, Stealing The Health Of Future Generations. 2008.

Mutlu MF, Baştu E, Öktem M. Açıklanamayan İnfertiliteye Güncel Bakış: GMJ. 2013;24:29-32.

Oltuluoğlu H, Günay U, Aylaz R. İnfertil Çiftlerin Duygu Durumları: Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;23:92-98, Malatya.

Pasquali R, Patton L, Gambineri A. Current Opinion in Endocrinology: Diabetes And Obesity. 2007;14:482-487.

Peyromusavi F, Barouni M, Naderi T, Shahravan A. Factors Affecting Response to Infertility Treatment: Case of Iran. Global Journal of Health Science. 2016; 8: 118-23.

Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(2):165-184.

Shoji M, Hamatani T, Ishikawa S, Kuji N, Ohta H, Yoshimura HM, Yoshimura Y. Sexual Satisfaction of infertile couples assessed using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Scientific Reports. 2014;5203(4):1-5.

Sözeri Varma G, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoglu N, Özdel O, Kökten S. Menopoz: Klimakterik Belirtiler ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişki: New/Yeni Symposium Journal. 2006;44(4):182-188.

Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi: F.N. Hemşirelik Dergisi. 2014;22(1):17-24.

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2008;5(2):105-110.

TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. pp. 117. Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013, Ankara.

Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri: İnsanbil Dergisi. 2012;1(1):27-38.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18645>. Erişim tarihi: 27/03/2018.

Uğur AS. İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal Ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul ( Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Erten Yaman).

Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler: TAF Prev Med Bull. 2010; 9(5):481-486.

Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women: Journal of Human Reproductive Sciences. 2011; 4(2): 80-85.

WHO. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology: Fertil Steril. 2009; 92: 1520-1524.

WHO. Mother or nothing: the agony of infertility: Bull World Health Organ. 2010a; 88: 881-2.

WHO. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen: 2010b; Geneva.

Yumru EA, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi: JAREM. 2011;1:57-60.

Zeren F. İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerde, Çift Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Eskişehir (Doç. Dr. E. Gürsoy).

## 8. EKLER DİZİNİ

### EK 1. TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma, kadınlarda infertilitenin hayat kalitesine etkilerini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Bilgileriniz gizli kalacaktır. Sizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz. Katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar: Büşra BENLİ SÜNGER  
Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa YEŞİL  
Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ

1. Yaşınız : ..... (açık olarak yazınız)	11. Evlilik biçimi? 1. Flört ederek 2. Görücü usulü
2. Eğitim durumunuz? 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar / İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Yüksekokul ve üstü	12. Çocuk sahibi olma isteği süresi:..... (Belirtiniz) 1. İlk 2 yıl içinde 2. 2 yıldan sonra
3. Mesleğiniz? 1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. İşsiz 5. Diğer.....	13. Geçmişte aile planlaması yöntemi kullanma durumu? 1. Evet..... (Belirtiniz) 2. Hayır
4. Gelir durumunuz nasıldır? 1. Gelir gıderden az 2. Gelir gıdere denk 3. Gelir gıderden fazla	14. Gebe kalamama süresi:..... (açık olarak yazınız) 1. 1 yıldan az 2. 1-2 yıl 3. 3-4 yıl 4. 5 yıl ve daha fazla
5. Sosyal güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır	15. Gebe kalamama nedeninizi biliyor musunuz? 1. Evet..... (Belirtiniz) 2. Hayır
6. Çocuğunuz var mı? 1. Evet..... (kaç tane) 2. Hayır	16. Daha önce herhangi bir infertilite tedavisi aldınız mı? 1. Evet 1. Aşılama 2. Tüp bebek 3. Tüp bebek+Aşılama 4. Tüplerle ilgili operasyon 5. Hormon tedavisi 6. Diğer..... (Belirtiniz) 2. Hayır
7. Aile biçiminiz? 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile	17. Daha önce infertilite tedavisi aldınız ise tedavi süresi:..... (Belirtiniz) 1. 1 yıldan az 2. 1-2 yıl 3. 3 yıldan fazla
8. Eşinizin yaşı:..... (açık olarak yazınız)	18. Tüp bebek deneme sayısı:..... (Belirtiniz)
9. Eşinizin eğitim durumu? 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar / İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Yüksekokul ve üstü	
10. Kaç yıllık evlisiniz? :..... (Belirtiniz) 1. 1-4 yıl 2. 5-9 yıl 3. 10-14 yıl 4. 15 yıl ve daha fazla	

## EK 2. FERTİQOL ÖLÇEĞİ

### FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

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

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		Çok kötü	kötü	ne iyi ne kötü	iyi	çok iyi
A	Sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		Tamamen	epeyce	ortalama	biraz	hiç
Q 1	Kısımlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştirmediğinizi düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınızla rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 12	Doğurganlık sorunlarınız için ve gündelik mecburiyetleriniz için engel oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 14	Allenizin, sizin ne yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinizi en yakın cevabı işaretleyiniz.		Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlığa mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Doğurganlık sorunlarınızla rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine

## FertiQol International

### İsteğe bağlı Tedavi Modülü

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

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

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

## EK 3. HASTA BİLGİLENDİRME VE GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



**CALISMANIN ADI** : Kadınlarda Infertilitenin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması

Bir araştırma çalışmasına katılmayı istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

**CALISMANIN KONUSU VE AMACI** : İnfertilite, her altı çiftten birini ilgilendiren, önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Son yıllarda hızla gelişen yardımcı üreme teknikleri nedeniyle de sürekli gündemi işgal etmektedir. YÜT, infertilite sorununun çözmeye yönelik olarak geliştirilen birçok tekniği içerir. Hastanın yaşı, infertilitenin etyolojisi, süresi gibi birçok faktör göz önüne alınarak çiftte çözüm olabilecek ve ekonomik olarak da çift ve uygulamayı yapacak olan ekip için en avantajlı tekniğin seçilerek uygulanmasında yarar vardır. Bu yöntemlerden en yaygın olarak kullanılanı IVF ve ICSI'dir.

İnfertilitenin en sık sebepleri; ovulatuvar bozukluk, tubal ve peritoneal patoloji ve erkek faktörleridir; uterin patoloji genellikle seyrek görülmektedir ve geri kalanı ise nedeni açıklanamayan infertilitedir.

Bizde çalışmamızda; infertilite tedavisi alan kadınlarda hayat kalitesine etkilerini araştırarak, elde edilen veriler doğrultusunda, özellikle infertilite merkezlerinde çalışan sağlık personelinin tedavi alan kadınları sadece üreme problemleri ile değil, etkilenen hayat kalitesi ile ilgili sorunları da göz önünde bulunduran bütüncül bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olabilmeyi amaçladık.

**CALISMA İŞLEMLERİ**: Araştırma verileri, katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, poliklinik sırası beklerken, anket kullanılarak, araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanacaktır. Görüşmeler her bir kadının Tanıtıcı Bilgi Formu için 5 dakika, Doğurganlık sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQoL) için ortalama 5 dakika olmak üzere yaklaşık 10 dakika sürecektir.

### **CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışma sonuçları daha sonraki çalışmalara ve sunulacak hizmetlere veri kaynağı oluşturacaktır.

### **GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmamanızın herhangi bir riski yok, hizmet almanızı etkilemeyecektir.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız. Bununla birlikte kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğumuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel cihaz kullanılarak edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.



**SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:**

1. Yrd.Doç.Dr. Hayrunnisa YEŞİL, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 0555 264 94 95
2. Eba, Büşra BENĞİ SÜNGER, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 0507 314 13 17

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vazinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tamk' Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tamlik eden kişi  
2: Aile üyelerini araştırmaya haklarında bilgilendiren kişi

## EK 4. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	01/03/2017 / 20.478.486 -					
ARAŞTIRMANIN ADI	Kadınlarda İnfertilitenin Haya Kalitesine Etkilerinin Araştırılması					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa YEŞİL - MCOB Sağlık Bilimleri Fakültesi					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük. Lisans Öğr. Büşra Bengi Sönger, Yrd. Doç. Dr. Nuray Egelioglu Cetişli (Danışman)					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	27 / 02 / 2017 / Tarih ve 10147 sayılı; Protokol değişikliği ve araştırma admin değiştirilmesi konulu dilekçe					
KARAR BİLGİLERİ	Dilekçe incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Önemi/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Önemi (Adı / Soyadı)	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Değerleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Deneylenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>						
						<p style="text-align: center;">-10- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>

## EK 5. HASTANE ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ  
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZEY  
BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ



Sayı : 93796732/663.08  
Konu : Büşra Bengi SÜNGER' in Yüksek  
Lisans Tezi Araştırma İzni

### CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Ana Bilim Dalı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Büşra Bengi SÜNGER' in Öğretim Üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa YEŞİL ve Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ' nin danışmalığında "Kadınlarda İnfertilitenin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması" konulu Yüksek Lisans Tezi Araştırmasını Mayıs- Haziran 2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı SBÜ Tepecik EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde uygulama talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, onay yazımız ekindedir.

Gereğini arz ederim.

Op.Dr.Mehmet ÖZKAN  
Genel Sekreter V.

Ek: Makam Oluru ( 1 Adet)

simer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir

Faks No:02322469084

e-Posta:derya.dokumaci@saglik.gov.tr İnt Adresi: derya.dokumaci@saglik.gov.tr  
Tel:4443501-1204 Fmx:2469084

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d254f162-8d7a-448f-ae46-b080ba8aaa56 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Derya DOKUMACI

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02324443501

## EK 6. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

• Yanıtla  • Sil Gereksiz  •


### Ynt: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ



ayca cetinbas

11.08.2016

Siz 

• Yanıtla 

Gelen Kutusu

11.08.2016 16:44 tarihinde yanıt verdiniz.

• | Evernote

Merhaba,  
ölçeği kullanarak çalışma yapmanıza çok memnun olurum. Cardiff üniversitesinin sitesinde FertiQol puanlaması ile ilgili bilgilere de ulaşabilirsiniz gerekirse ben de elimden geldiğince yardımcı olabilirim. Şimdiden kolaylıklar dilerim. İyi çalışmalar.  
Saygılar

---

**Gönderen:** BÜŞRA BENĞİ SÜNGER <bushra-murcell@hotmail.com>

**Gönderildi:** 11 Ağustos 2016 Perşembe 14:34

**Kime:** aycacetinbas@hotmail.com

**Konu:** ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Merhaba Ayça Hocam;  
Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa YEŞİL ile birlikte yapacağımız "İzmir Tepecik Kadın Doğum Hastanesi Tüp Bebek Servisine Başvuran Kadınlarda İnfertilitenin Hayat Kalitesi Ve Cinsel Doyuma Etkilerinin Araştırılması" isimli çalışmamızda, Türkçe versiyonunun iç güvenilirlik analizini yapmış olduğunuz Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyoruz.

Sevgi ve Saygılarımla;  
Büşra BENĞİ SÜNGER

## EK 7. YÖNETİM KURULU KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/03/2017-E.25608



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-730.03.02-  
Konu : Yönetim Kurulu

### SBE-EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 22.03.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 14.03.2017 tarih ve 03 sayılı Anabilim Dalı Kurul Kararları görüşülerek;

a) Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve Topaç'ın Tez Konusunun, Etik Kurulu Onayı alınması kaydı ile " Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesine,

b) Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra Bengi Sünger'in Tez Başlığının, Etik Kurul onayı alınması kaydı ile "Kadınlarda İnfertilitenin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması" olarak değiştirilmesine,

c) Ebelik Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şükran Çakır'ın Proje Danışmanı olarak Yrd. Doç. Dr. Selda İldan Çalım'ın atanmasına ÖY BİRLİĞİ ile karar verildi. Bilgilerimizi ve gereğini rica ederim.

**e-izahdır**  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon:(0 236) 2360989 Faks:(0 236) 2382158  
E-Posta: saglik.sekretarlik@cbu.edu.tr Elektronik Ag: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertik  
Unvanı: Mezun



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

## EK 8. TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**  
**EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

'Kadınlarda İnfertilite'nin Hayat Kalitesine Etkilerinin Araştırılması'

Tezime ilişkin 20/04/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallık raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 24'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

**Adı Soyadı** : Büşra Bengi Sünger  
**Öğrenci No** : 151336005  
**Anabilim Dalı** : Ebelik  
**Programı** : Tezli Yüksek Lisans

**DANIŞMAN ONAYI**  
UYGUNDUR.  
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

### Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallık Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süzülmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallık Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Büşra	<b>Soyadı</b>	Bengi Sünger
<b>Doğum Yeri</b>	Ankara	<b>Doğum Tarihi</b>	14.09.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Telefon</b>	05073141317
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:bushra-murcell@hotmail.com">bushra-murcell@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik bölümü	2014
<b>Lise</b>	Bafra Kızılırmak Lisesi	2007

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Ebe	Özel Karataş Hastanesi, İzmir	2014
Ebe	SB, Halk Sağlığı Kurumu, Diyarbakır	2015
Ebe	SB, Halk Sağlığı Kurumu, Çorum	2016
Ebe	SB, İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir	2017-2018

### Yabancı Dilleri

	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	Orta	Orta	Kötü

### Yabancı Dil Sınav Notu

<b>YDS</b>	<b>ÜDS</b>	<b>IELTS</b>	<b>TOEFL IBT</b>	<b>TOEFL PBT</b>	<b>TOEFL CBT</b>	<b>FCE</b>	<b>CAE</b>	<b>CPE</b>

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>			

## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Mikrosoft Word	İyi
Mikrosoft Excell	İyi
Mikrosoft Power Point	İyi
SPSS	Orta

