

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**IVF ve NORMAL GEBELİKLERDE ANKSİYETE,
YAŞAM KALİTESİ ve DOĞUM TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEFİKA ÖZBEK

İSTANBUL - 2019

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**IVF ve NORMAL GEBELİKLERDE ANKSİYETE,
YAŞAM KALİTESİ ve DOĞUM TUTUMLARININ
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEFİKA ÖZBEK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HEDİYE ARSLAN ÖZKAN

İSTANBUL - 2019

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü




Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi

Tez Sahibi : Şefika Özbek

Sınav Tarihi : 27/06/2019

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Şenay Uzun	
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan	
Üye:	Doç. Dr. Hatice Yıldız	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28.06/2019 tarih ve 1160 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

İmza

Unvanı, Adı Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

BEYAN

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

Tarih: 27/06/2019

İmza:

Adı Soyadı: Şefika Özbek

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmam boyunca beni çok kıymetli bilgileri ile yönlendiren, göstermiş olduğu emek, destek ve anlayışından dolayı başta çok değerli hocam Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'a,

Lisansüstü eğitimimde büyük katkıları olan saygıdeğer hocalarıma,

Tez hastalarımın temin edilmesinde ve tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Kazım Emre Karşahin'a ve Öğretim Üyesi Prof. Dr. Seyit Temel Ceyhan'a,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek ve Gebe Polikliğinde çalışan hemşire meslektaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, iyi ve kötü günleri paylaştığım mesai arkadaşlarıma,

Sevgi ve saygısıyla hep yanımda olan canım eşim Gökhan Özbek'e ve ailesine,

Bana her zaman koşulsuz destek olan kıymetli ailem, kardeşlerim ve tüm aileme,

Küçüklüğümden beri her koşulda yanımda olan, şevkatini ve sonsuz ilgisini benden esirgemeyen anne yarımından daha fazlası rahmetli teyzem İmren Yıldız'a,

Tez çalışmam boyunca yanımda bulunan tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şefika Özbek

İÇİNDEKİLER

ONAY	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜRLER	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
SEMBOLER ve KISALTMALAR	x
SUMMARY	xi
TÜRKÇE ÖZET	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin tanımı ve önemi.....	1
1.2. Araştırmanın amacı.....	3
1.3. Araştırma soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebelikte psikososyal değişiklikler.....	5
2.2. Anksiyete.....	6
2.2.1. Gebelik ve anksiyete ilişkisi.....	6
2.2.2. İnfertilite ve anksiyete ilişkisi.....	8
2.3. Yaşam kalitesi.....	8
2.3.1. Gebelik ve yaşam kalitesi ilişkisi.....	9
2.3.2. İnfertilite ve yaşam kalitesi ilişkisi.....	10
2.4. Doğum tutumu.....	11
2.4.1. Doğum korkusu.....	11
2.4.2. Doğum korkusunun çeşitleri.....	12
2.4.3. Doğum korkusunun nedenleri.....	12
2.4.4. Doğum korkusunun olumsuz yönleri.....	13
2.4.5. Doğum korkusunun azaltılmasındaki yöntemler.....	14
2.5. İnfertilite.....	15
2.5.1. İnfertilitede kadın faktörü.....	17
2.5.1.1. Ovaraluar bozukluklar.....	18
2.5.1.1.A. Luteal faz yetmezliği.....	20
2.5.1.1.B. Anovulasyon ve polikistik over sendromu (PKOS).....	20

2.5.1.1.C. Prematür over yetmezliği	21
2.5.1.1.D. Overyan rezerv testleri	21
2.5.1.2. Tubal faktör.....	24
2.5.1.3. Uterin faktör.....	24
2.5.1.4. Servikal faktör.....	24
2.5.1.5. Endometriozis.....	25
2.5.2. İnfertilitede erkek faktörü.....	25
2.5.2.1. Anormal sperm üretimi.....	28
2.5.2.2. Retrograd ejakülasyon.....	29
2.5.2.3.Hormonal ve genetik nedenler.....	29
2.5.2.4. Kistik fibrozis.....	31
2.5.2.5. Varikosel.....	32
2.5.2.6. Kriptorşidizm.....	33
2.5.2.7. Orşit.....	33
2.5.4. Sebepsiz infertilite.....	33
2.6. İnfertilite tedavisi.....	34
2.7. Yardımcı üreme teknikleri.....	35
2.7.1. IVF-ET (In Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi).....	36
2.8. İnfertilitenin ve infertilite tedavilerinin etkileri	37
2.9. Araştırmanın hemşirelik için önemi.....	38
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın tipi ve deseni.....	39
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı.....	39
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	40
3.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	40
3.5. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri.....	40
3.6. Veri toplama araçları	41
3.7. Verilerin değerlendirilmesi	43
3.7.1. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri	43
3.7.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler.....	43
3.8. Araştırmanın uygulaması	44
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları ve karşılaşılan güçlükler.....	44
3.9.1. Araştırmanın sınırlılıkları.....	44

3.9.2. Araştırmanın güçlükleri.....	44
3.10. Araştırmanın etik boyutu.....	44
4. BULGULAR.....	45
4.1. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular.....	46
4.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek puanlarına ilişkin bulgular.....	50
4.3. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarına ilişkin bulgular.....	52
4.4. Gebelerin doğum tutum puanlarına ilişkin bulgular.....	54
4.5. Gebelerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	55
4.6. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	56
5. TARTIŞMA.....	62
5.1. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.....	63
5.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması...	65
5.3. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	66
5.4. Gebelerin doğum tutum puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	72
7.KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	88
8.1. EK-1. Veri Toplama Formu.....	88
8.2. EK-2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	90
8.3. EK-3. WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	91
8.4. EK-4. Doğum Tutum Ölçeği.....	96
8.5. EK-5. Etik Kurul Onayı.....	97
8.7. EK-6. TUEK Onayı.....	98
8.8. EK-7. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	9
Tablo 2.2. Fertilite Koşulları.....	16
Tablo 2.3. DSÖ Kriterlerine Göre Standart Semen Analizi.....	27
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	49
Tablo 4.3. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.4. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları.....	52
Tablo 4.5. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.6. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek ve Doğum Tutum Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 4.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek ve WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 4.9. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik özellikleri ile Doğum Tutum Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 4.10. IVF Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	58
Tablo 4.11. Doğal Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Hipotalamus-Hipofiz-Over Ekseni.....	18
Şekil 2.2. Hipotalamus-Hipofiz-Gonad Ekseni.....	30



SEMBOLER ve KISALTMALAR

CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FSH	Folikül Stimülan Hormon
GIFT	Gamet İntrafallopian Transfer
GEAH	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ICSI	İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF	İn Vitro Fertilizasyon
LH	Luteinleştirici Hormon
PKOS	Polikistik Over Sendromu
SB	Sağlık Bakanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TVUSG	Transvaginal Ultrasonografi
USG	Ultrasonografi
ZIFT	Zigot İntrafallopian Transfer
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri

SUMMARY

ÖZBEK Ş. (2019). Investigation on Anxiety, Life Quality, and Childbirth Attitudes during IVF and Regular Pregnancy. Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursery, Master Thesis. İstanbul.

Introduction and Aim: To indicate is there any difference about anxiety, life quality, and labor attitude between the woman who get pregnant by In Vitro Fertilization and who get pregnant by normal ways is important in the sense of increasing nursery quality and activity in order to plan and develop service that is going to be given. In this study; the aim is to indicate anxiety, life quality, and childbirth attitudes between the woman who get pregnant by IVF and who get pregnant by naturel ways.

Material and Method: This research has been conducted in the Ministry of Health Gülhane Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinics and IVF center between March and June 2019. The research sample is 61 regular and 61 IVF pregnant (total 122) who apply to indicated clinic and IVF center when the research is conducted and are suitable for the criteria of research. Data are collected by using the Data Collection Form, Beck Anxiety Questionnaire, WHOQOL BREF(TR) Life Quality and Childbirth Attitudes Questionnaire. Data collected by research are evaluated by using frequency, percentage calculations, ki-kare test, Independent Sample t test, Mann-Whitney U test between 95% trust scale and $p < 0,05$ significance level.

Results: In the study, it is determined that there is a statistically significant difference according to Beck Anxiety Questionnaire ($p < 0,05$) and WHOQOL BREF(TR) Life of Quality Questionnaire Sub-dimensions Spiritual Field ($Z: -2,658$; $p < 0,05$) and Social Field ($Z: -2,968$; $p < 0,05$) and Childbirth Attitudes Questionnaire ($Z: -3,031$; $p < 0,05$) between regular pregnant and pregnant who become pregnant with IVF. There is not found a statistically significant difference in WHOQOL BREF(TR) Life of Quality Questionnaire Physical and Environmental Field sub-dimension scores ($p > 0,05$).

Conclusion and Suggestions: As a result, it has been found that woman who get pregnant by IVF have higher anxiety level and negatively affected life quality and childbirth attitudes when compared with the woman who get pregnant by natural ways. It is advised that diagnosis of anxiety and symptoms of the pregnant woman as soon as possible by health professionals, giving them psychologig and social support, giving

them education about labor and post-labor periods and support them to develop personal coping skills during labor.

Keywords: Pregnancy, Infertility, In Vitro Fertilization (IVF), Anxiety, Life of Quality, Childbirth Attitudes



ÖZET

ÖZBEK Ş. (2019). IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Giriş ve Amaç: İn Vitro Fertilizasyon (IVF) ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumunun farklılık olup olmadığının belirlenmesi, hemşirelik bakımının kalitesinin ve etkinliğinin artması ile verilecek hizmetin planlanması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada; IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınlarda anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını belirlemek amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Mart ve Haziran 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve IVF merkezinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı dönemde belirtilen polikliniğe ve IVF merkezine başvuran ve örnekleme dahil olma kriterlerine uyan 61 IVF'li ve 61 normal toplam 122 gebe oluşturmuştur. Veriler; Veri Toplama Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Doğum Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler; frekans, yüzde hesaplamaları, ki-kare testi, Independent Sample t test, Mann-Whitney U testleri kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların Beck Anksiyete Ölçeği ($p<0,05$), WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Ruhsal Alan ($Z:-2,648$; $p<0,05$) ve Sosyal Alan ($Z:-2,968$; $p<0,05$) ve Doğum Tutum Ölçeği ($Z:-3,031$; $p<0,05$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bedensel ve Çevresel Alan alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak IVF ile gebe kalan kadınların doğal yollarla gebe kalan kadınlara göre anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu bulunurken, yaşam kalitelerinin ve doğum tutumlarının ise olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Sağlık profesyonelleri tarafından gebelerin anksiyete belirti ve bulgularının erken teşhis edilmesi, psikolojik ve sosyal destek verilmesi, doğum süreci ve doğum sonrası dönem

ile ilgili eğitim verilmesi ve doğum esnasında kişisel baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, İnfertilite, In Vitro Fertilizasyon (IVF), Anksiyete, Yaşam Kalitesi, Doğum Tutum Ölçeği



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Gebelik herhangi bir sağlık problemi olmasa bile biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak stresli ve karmaşık bir süreçtir. Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bunlara ek olarak doğum eylemi ve bebeğin sağlıklı olup olmayacağı konusunda korkuları vardır. Her kadın gebeliğe karşı kendi ruh yapısına, sosyoekonomik düzeyine ve kültürel yapısına göre bir tutum göstermektedir. Bu nedenlerle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (*Özşahin ve ark, 2018*). Aile yaşamında yeni bir evre olarak ebeveynlik eşler için stres yaratan bir durumdur. Bu stres gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği riski ile birleştiği zaman ebeveynler için zorlu bir süreç oluşturmaktadır; dolayısıyla da aile ve toplum sağlığı etkilenmektedir (*Yıldız, 2011; Dağlar ve ark, 2015*).

Gebelikte görülen fizyolojik durumların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında fark edilmeyebilir. Sağlık çalışanlarının bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (*Cloitre ve ark, 2004*). Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalan kadınlarda anksiyete belirti ve bulguları daha sık görülmektedir. Anksiyete, IVF ile gebe kalan kadınlarda en sık görülen reaksiyonlardan biridir. Hastanın anksiyete seviyesi genellikle tedavi süresince artarak oosit alımı ve embriyo transferinden sonra tedavi sonucunu beklediği süre zarfında en yüksek seviyelere ulaşır. Anksiyetenin artmasına neden olan birçok faktör vardır. Bu faktörler; uzun süren ve hastanın günlük yaşam rutinini bozan teşhis ve tedavi prosedürleri, tedavi sırasında hastanın fiziksel acı hissetmesi ve hastaların sıklıkla IVF tedavisinin çocuk doğurmak için son şansı olarak algılaması gibi durumlardır (*Celia ve ark, 2006*). Anksiyete bozukluğu, fetüsün oluşumundan itibaren kürtaj riski ve vajinal kanama gibi çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimine etki eden etkenlere ek olarak; fetal gelişim açığı, düşük apgar skoru, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum gibi negatif neonatal sonuçlara neden olabileceği için gebelikte risk faktörü olarak değerlendirilir (*Silva ve ark, 2017*).

Gebelikte bir diğerk önemli sorun yaşam kalitesinin bozulmasıdır. Herhangi bir problem olmadan devam eden gebeliklerde bile fiziksel ve ruhsal değışiklikler gebelerin günlük rutin işlerini yapabilmelerini zorlaştırabilir. Daha önce yapılan çalışmalar gebelikte yaşanan fiziksel ve psikolojik değışikliklerin gebelerde yaşam kalitesini azalttığını, gebeliğın ilerleyen zamanlarında ve lohusalıkta fiziksel fonksiyon ve kadının kendisini iyi hissetme durumu gebelik öncesine göre azaldığını belirtmektedir (*Gjerdingen ve ark, 1991; Abbaszadeh ve ark, 2009; Hueston ve Kasik Miller, 1998; Otchet ve ark, 1990*). Sağlık çalışanlarının gebelerin sağlık durumlarındaki değışiklikleri bilmesi, gebelerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için önem arz etmektedir (*Abbaszadeh ve ark, 2009*). Gebeliğın ilk dönemlerinde yaşanan psikolojik değışikliklerden en belirgin olanı kadının gebe olup olmamaya dair yaşadığı duygu değışikleridir. Gebeliğın ilerleyen dönemlerinde doğuma yaklaşırken bu duygu azalır ve yerini doğumdan korkma ve yakında olacak doğuma yönelik yoğun anksiyeteye bırakır (*Şahin ve ark, 2009; Taşkın, 2014; Serçekuş, 2005*). Gebenin obstetri öyküsü, soyodemografik özellikleri ve psikososyal durumu, doğum eyleminin belirsizliği ve bebeğın zarar görme ihtimali gebede doğuma yönelik kaygı ve korku oluşmasına neden olmaktadır (*Sayiner ve Özerdoğan, 2009; . Duran ve Atan, 2011*). Doğum korkusu gebenin sadece kendi sağlığını değil fetus ve yenidoğanın sağlığını da kötü etkilemektedir (*Glover ve O'Connor, 2002*). Gebenin doğuma ilişkin korkularını ve tutumunu önceden belirlemek sağlıklı bir anne bebek bağının oluşmasına ve bakım kalitesinin artmasına neden olacaktır (*Dönmez ve ark, 2014*).

İnfertilite “Fertil çağdaki eşlerin bir yıl boyunca ve haftada en az iki kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğın gerçekleşmemesi ya da gebeliği devam ettirememesi” şeklinde tanımlanmaktadır (*Taşkın, 2017*). Dünya çapında infertilite oranlarına bakıldığında, yaklaşık 50–80 milyon kişinin ya da çiftin %8’inin tıbbi nedenlerden dolayı çocuk sahibi olamadığı, Türkiye’de ise çiftlerin ortalama %15’inin infertilite tanısı aldığı düşünülmektedir (*Sezgin ve Hoccoğlu, 2014; Taşçı ve ark, 2008*). IVF işlemi infertilite tedavisinde en fazla kullanılan yardımcı üreme tekniklerindedir. Yardımcı üreme teknikleri ile yapılan her embriyo transferi için canlı doğum oranı yaklaşık %30’dur (*Tunç, 2014*).

İnfertilite, her iki birey için karmaşık bir krizdir. Literatürde, çiftler infertiliteyi yaşamlarında aşılması gereken en zor güçlük olarak ifade etmiş olup, aynı zamanda, kadınların bu süreçte erkeklerden daha fazla anksiyete, stres ve depresyon yaşadıkları

belirtilmektedir (*Fatameh ve ark, 2009; Herrmann ve ark, 2011*). İnfertilite tanısı ve sonrasında uygulanan tedavilerin yarattığı duygusal değişiklikler gebelik oluşsa bile hemen ortadan kalkmayabilir (*Kaplan, 2018*). Bu nedenle sağlık çalışanlarının IVF yöntemi ile gebe kalan bireylerin bu dönemlerinde fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de göz ardı etmeden yardımcı olmaları gerekmektedir. Böylece bu gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygılarının azaltılması sağlanarak gebeliğin fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı geçmesi sağlanabilir.

1.2. Araştırmanın amacı

IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını birlikte inceleyen kısıtlı sayıda literatüre rastlanmıştır. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumunun farklılık olup olmadığının belirlenmesi hemşirelik bakımının kalitesinin ve etkinliğinin artmasına, gebelere verilecek hizmetin planlanmasında, anne ile bebek arasındaki ilişkinin daha sağlıklı kurulmasına ve sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada; IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının hem literatüre katkı sağlayacağı düşünülmekte ve çalışma sonuçlarına göre IVF ile gebe kalan kadınların yaşadığı stresörler, yaşam kalitelerini etkileyen faktörler ve doğum tutumları saptanarak; sağlık çalışanlarının konuya yönelik farkındalıklarının artırılması, bu doğrultuda gebelere anksiyete ve doğuma ilişkin korkularıyla baş etme yöntemleri ile ilgili bilgi verilmesi amaçlanmaktadır. Böylelikle IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların gebeliklerini daha sağlıklı geçirmesi ve sağlıklı bebekler dünyaya getirmesi sağlanacaktır.

1.3. Araştırma soruları

1. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasında farklılık var mı?
2. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete düzeyleri arasında farklılık var mı?
3. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların yaşam kalitesi düzeyleri arasında farklılık mı?

4. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların doğum tutumları arasında farklılık var mı?

5. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete ve doğum tutumları arasında farklılık var mı?

6. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mı?

7. IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların doğum tutumları ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mı?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte psikososyal değişiklikler

Gebelik kadının yaşamı boyunca unutamayacağı bir evredir. Bu d6nemin kadın için olumlu olması gebeliğin sağlıklı geemesi ve anne rolüne adaptasyonu açısından oldukça 6nemlidir. Kadının gebeliğe uyumunu etkileyen birçok etken vardır. Gebenin geçmiş obstetri 6yk6s6, kadınlık rolüne ilişkin algısı, çevresindeki insanların doğum tutumu ve deneyimleri, gebeliğin planlanmış olup olmaması, eşinin ve ailesinin desteği, eğitim seviyesi, sosyoekonomik d6zeyi bu etkenler arasında sayılabilir (*Coşkun, 2016; Abbaszadeh ve ark, 2009; Arslan 6zkan, 2019; 6zşahin ve ark, 2018*).

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde s6rd6r6lmesi açısından 6nemli etkilere neden olan psikososyal sorunların, gebeliğin hangi trimesterine daha çok etkilediği bilinmemekle birlikte gebelikte her trimesterin kendine 6zg6 psikolojik alışma s6reci vardır. (*Kuğu ve Aky6z, 2001; Boybay ve Dereli, 2015*). Gebeliğin her trimesterinde kadın farklı psikososyal sıkıntılar yaşamaktadır (*6zşahin ve ark, 2018*). Gebeliğin trimesterlerine g6re psikolojik değişikliği incelendiğinde ilk trimester, annenin gebeliğe uyum sağladığı d6nem olarak değerlendirilir. İlk haftalarda fazla kilo artışı olmamakla birlikte gebede emezis g6r6lebilir (*Yanıkkerem ve ark, 2006; Arslan 6zkan, 2019*). Kadın yaşadığı fiziksel ve hormonal değişikliklere bağlı olarak yoğun duygusal dalgalanmalar yaşayabilir. Yaşanan bu duygu dalgalanmalarının nedeni; gebelik ile birlikte iş ve aile yaşamında meydana gelebilecek b6y6k değişimler, doğum yapma ve ocuk yetiştirme ile ilgili potansiyel sıkıntılar, gebelik için doğru zamanın olup olmadığı konusundaki teredd6tler ve yaşanan fiziksel sıkıntılarının seviyesidir. Kadının bebeğinin sağlıklı olup olmayacağı ve gebeliğin sorunsuz devam etmesi ile ilgili korkuları ve teredd6tleri vardır. Kadınların bu d6nemde daha çok ie d6n6k olduğu g6r6lmektedir (*Rouhe, 2015; Taşkın, 2014*). İkinci trimesterde fiziksel sıkıntılar azalırken, kadının kendini daha g6l6 ve iyi hissetmesiyle birlikte gebeliğe uyum sağlamaya başlamıştır, b6ylelikle gebede g6r6len duygu dalgalanmaları azalmaktadır. Gebe ilk trimesterdeki ie d6n6k yapısından sıyrılıp dışa d6n6k davranmaya başladığı g6r6lmektedir. Bebek hareketlerinin hissedilmesiyle kadın bebeği kendisinin bir parçası olarak g6r6r ve anne bebek bağı oluşmaya başlar. Gebe, kendisi ve bebeği için yeni bilgiler 6ęrenmek için heveslidir. Diğer gebelerle etkileşim halindedir. Bu trimesterde kadın gebeliği kabul etmiş olsa bile; bebeğinin ve kendi sağlığını korumaya ilişkin aşırı hassasiyet,

huzursuzluk, ani kızgınlık, ani mutluluk gibi duygu değişiklikleri yaşayabilir (*Keskin, 2014; Arslan Özkan, 2019; Coşkun, 2016*).

Üçüncü trimesterde gebenin fiziksel sıkıntıları artmaya başlar; günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanır, uyku problemi yaşar, çabuk yorulur ve halsizlik hisseder (*Şahin Köybaşı ve Yeşiltepe Oskay, 2017; Karakayalı, 2014*). Kadın bu dönemde doğumun sorunsuz olması, bebeğin sağlıklı bir şekilde doğması, anne rolüne uyum sağlayabilmesi konularında endişeler duymaya başlar. Kadın bu dönemde fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını karşılayabilmek için eşinin ve yakınlarının desteğini ister. Bu trimesterde, gebenin ilk trimesterde yaşadığı duygu dalgalanmaları tekrar ortaya çıkar. Gebe bebeğini istemekte, fakat doğumdan korkmaktadır. Doğum zamanının tam olarak belirlenememesi, hastaneye yetişememe, bilinmezlik ya da bir şeylerin ters gideceği korkusu gibi endişeler yaşayabilir (*Körükçü, 2009; Şahin ve ark, 2009*). Gebeliğin her döneminde yaşanabilecek duygusal, davranışsal ve psikososyal değişikliklerin farkında olunması; gebelerin psikososyal sağlığının değerlendirilmesi, annenin ve fetüsün sağlığının korunması ve doğum sonrası adaptasyon açısından oldukça önemlidir.

2.2. Anksiyete

Anksiyete, bireylerin strese veya korkuya karşı verdikleri normal bir tepki olarak tanımlanır. Anksiyete, bireyi tehlikelere karşı hazırlıklı olmasını ve dikkatini arttırmasını sağlayarak yeni koşullara uyumu kolaylaştırabilir. Anksiyete bozuklukları, normal gerginlik veya endişe duygularından farklı olarak; aşırı korku, stres ve endişe içerir. Anksiyete bozuklukları, psikolojik bozuklukların en yaygın olanıdır ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her 5 kişiden birinin anksiyete ve depresyondan etkilendiğini belirtmektedir. Kadınlarda anksiyete bozuklukları erkeklere göre daha yüksek oranda görülmektedir (*Bandelow ve Michaelis, 2015; WHO, Erişim Tarihi: 12.03.2019*).

2.2.1. Gebelik ve anksiyete ilişkisi

Gebelik, fizyolojik ve psikolojik yönleriyle kadının yaşamında bir kriz olarak değerlendirilir ve anksiyetenin oluşmasında başlı başına bir neden olarak görülmektedir (*Kuğu ve Akyüz, 2001*). Gebelikte meydana gelen hormonal sistem değişiklikleri ile oksitosin, prolaktin ve kortizol hormon seviyelerinde artma meydana gelir. Hormonal sistemdeki bu değişiklikler gebelikte strese verilen tepkide değişiklik olmasına neden olur (*Williams ve Koran, 1997*). Gebelikte görülen terleme, sıcak basması, uykusuzluk, ellerde ve ayaklarda karıncalanma hissi, baş dönmesi gibi fizyolojik durumların çoğu

anksiyete belirtilerine fazlasıyla benzerlik gösterir, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında geç farkedilebilir. Sağlık çalışanlarının bu konuda çok dikkatli olmaları gerekmektedir (*Cloitre ve ark, 2004*).

Önceki zamanlarda kadınların gebelik döneminde anksiyete seviyelerinin düşük olduğu belirtilirdi (*Weisberg ve ark, 2002*). Fakat yapılan çalışmalarda günümüzde yapılan çalışmalarda gebelikte anksiyete bozukluğu yaygınlığının %13 olduğunu ve bu oranın pospartum dönemden ve genel kadın nüfusunun anksiyete yaygınlığından fazla olduğu belirtilmektedir (*Buist ve ark, 2011; Ross ve ark, 2006; Vesga ve ark, 2008*).

Yapılan birçok çalışmada perinatal dönemde anksiyetenin yüksek olması annenin sağlığını, bebeğin bilişsel, fizyolojik ve psikolojik gelişimini ve anne bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkilediği görülmüştür (*Johnson ve Slade, 2003; Milgrom ve ark, 2008; Bergman ve ark, 2010; O'Connor ve ark, 2002; Stevenson Hinde ve ark, 2011*). Field ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada gebelikte anksiyetenin yüksek olması uterin arter rezistansını artırarak doğum ağırlığının ve Apgar skorunun düşük olmasına, annede preeklampsinin oluşmasına neden olabileceği görülmüştür (*Field ve ark, 2010*). McCubbin ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir çalışmada anksiyetenin düşük riskini 2-3 kat arttırdığı belirtilmektedir (*McCubbin ve ark, 1996*). Yapılan benzer başka bir çalışmada, gebelerin günlük hayatında yaşadığı sorunlar ve bu olaylara bağlı olarak algılanan stres ve kaygı seviyesinin artması gebelik süresini anlamlı ölçüde kısalttığı görülmüştür (*Lobel ve ark, 1992*). Yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte var olan anksiyete bozukluğunun postnatal anksiyete ve depresyon için büyük riske neden olduğu görülmektedir (*Heron ve ark, 2004*). Henderson ve Redshaw (2013) tarafından bir çalışmada perinatal dönemde anksiyete bozukluğu yaşayanların, doğumdan sonra emzirme süresinin anksiyete bozukluğu yaşamayanlara göre daha az olduğu belirtilmiştir (*Henderson ve Redshaw, 2013*). Gebelik döneminde yaşanan anksiyete bozukluklarının tüm bu olumsuzlukları göz önünde bulundurulduğunda perinatal dönemde taramaların yapılması ve anksiyetesi yüksek olan gebelerin yakın takip edilmesi; anksiyete bozukluklarının önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedaviye başlanması oldukça önemlidir.

2.2.1. İnfertilite ve anksiyete ilişkisi

Her canlının neslinin devamlılığını sağlama ve yaşadığı topluma uygun bireyler yetiştirmede önemli bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluk, sağlıklı üreme ve doğurganlık ile mümkündür. Fakat bazı durumlarda çiftler çocuk sahibi olmak istedikleri zaman infertilite problemi ile karşılaşır. Çiftlerin çoğu infertilite olasılığına karşı hazırlıklı değildir. İnfertilite; bireysel, ailesel ve toplumsal açıdan olumsuz sonuçlara neden olmakla birlikte bu durumu yaşayan çiftlerin hayatında birçok sorunla savaşmak zorunda bırakan bir krizdir.

Literatürde, çiftler infertiliteyi yaşamlarında aşılması gereken en zor güçlük olarak ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınların bu süreçte erkeklerden daha fazla anksiyete, stres ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (*Fatemeh ve ark, 2009; Herrmann ve ark, 2011; Taşkın, 2014*). İnfertilitenin; üreme çağındaki kadınlarda önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açması, bireylerin evlilik ilişkilerini, cinsel hayatlarını ve ekonomik durumlarını olumsuz etkilemesi bireylerde ciddi seviyede anksiyete artışına sebep olmaktadır (*Kaplan, 2018*).

2.3.Yaşam kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “bireylerin hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak, içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlar. Bu kavram; kişinin çevresiyle olan ilişkisinden, sosyal ilişkilerinden, psikolojik durumundan, kişisel inançlarından ve fiziksel sağlığından etkilenen geniş kapsamlı karmaşık bir kavramdır (*WHO, Erişim Tarihi: 02.04.2019*). Yaşam kalitesinin boyutları tablo 2.1 gösterilmiştir. Birçok boyutu olan yaşam kalitesi; dinamik, çok yönlü, kişilere göre farklılıklar gösteren bir kavramdır.

Tablo 2.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları

<p><u>Psikolojik / Emosyonel Durum:</u> Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duygulardır.</p>
<p><u>Fiziksel Durum:</u> Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, zindelik / güçlülük, yorgunluk, sağlık - hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur.</p>
<p><u>Sosyal ve Bireysel Durum:</u> Bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır.</p>
<p><u>Finansal ve Maddi Durum:</u> Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir.</p>

Kaynak: Yaşam kalitesi Kavramı,2011, Erişim Tarihi: 02.04.2019. <https://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf>.

Yaşam kalitesi üzerine yapılan tanımlamalar genellikle “kişinin yaşamı ile ilgili sübjektif algısı” şeklinde olsa da yaşam kalitesi, objektif ve sübjektif olarak iki yönden incelenmektedir (*Aydiner Boylu, 2007*). Objektif göstergeler; eğitim, sağlık durumu, meslek, gelir, yaşanılan konutun durumu vb. iken; bireyin elinde olan bu olanaklardan duyduğu doyum ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergeleridir (*Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Malkina Pykh, 2001*). Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada yaşam göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık, eğitim, gelir, sosyal destek, iş yaşamı, yaşanılan konut ve özellikleri, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılmıştır (*Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016*). Tıp literatüründe yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde yer almaktadır (*Long, 1960*). Günümüzde yaşam kalitesi ile ilgili birçok araştırma yapılmaktadır. Müezzinoğlu (2005) tarafından yazılan bir makalede, MEDLINE veri tabanı üzerinden yaşam kalitesi terimi taratıldığında, 1970’e kadar sadece 10 makalede bu terimden bahsedilirken; 1991-2000 yılları arasında bu sayı 30813’e çıktığı tespit edilmiştir (*Müezzinoğlu, 2005*).

2.3.1. Gebelik ve yaşam kalitesi ilişkisi

Gebelikte yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda, gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin genel yaşam kalitesini azalttığını, gebeliğin son trimesterinde ve postnatal dönemde fiziksel işlevsellik ve kişinin iyilik algısının gebelik

öncesi döneme göre azaldığı görülmektedir (*Gjerdengen ve ark, 1991; Mckee ve ark, 2001*). Gebelikle ilişkili olan fiziksel ve duygusal değişiklikler, halsizlik ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki sınırlılıklar yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olmaktadır. Gebelikte yaşam kalitesini inceleyen bazı çalışmalarda gebeliğin ilk trimesterinden üçüncü trimestere ilerledikçe yaşam kalitesi düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür (*Çınar ve ark, 2017; WHO, Erişim Tarihi: 05.05.2019*). Arabacıoğlu (2012) tarafından yapılan çalışmada bu durumdan farklı olarak gebelik haftası ilerledikçe yaşam kalitesinin olumlu olarak etkilendiği bulunmuştur (Arabacıoğlu, 2012).

2.3.2.İnfertilite ve yaşam kalitesi ilişkisi

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu kavram “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (*Fitzpatrick ve ark, 1998*). Burada en önemli nokta; verinin kaynağının hastanın kendisi olmasıdır. Ancak hastanın oryantasyonunun bozulduğu durumlarda hasta yakınının veya sağlık çalışanlarının değerlendirmeleri dikkate alınabilir. “Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” sorusu yaşam kalitesini değerlendirmenin en basit bir yoludur (*Kuş, 2008*).

İnfertilite, tedavinin zorluğu, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik yaratması ve acılı olma bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Lau ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir araştırmada; düşük gelir seviyesinin, çiftler arasındaki ilişkinin kötü olmasının, bireylerin infertilite algısının, infertilite probleminden dolayı bireyin baskıya uğraması ve çocuk doğurma isteğinin aşırı olması yaşam kalitesi seviyesini ciddi olarak olumsuz etkilediği saptanmıştır (*Lau ve ark, 2008*). Algül (2013) tarafından yapılan bir çalışmada infertilitenin, çiftlerin cinsel işlev durumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada infertil kadınların yaşam kalitesi infertil erkeklerin yaşam kalitesinden daha düşük olarak bulunmuştur (*Algül, 2013*).

Kahyaoğlu Süt ve Balkanlı Kaplan (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, anksiyete ve depresyon düzeyinin artmasının infertil kadınlarda yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu görülmektedir (*Kahyaoğlu Süt ve Balkanlı Kaplan, 2014*)

İnfertilite problemi yaşayan bireylerde yaşam kalitesinin incelenmesi üzerine

yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadın olmanın, eğitim seviyesinin, gelir düzeyinin, infertilite süresinin, aile yapısının, baskı durumunun, başarısız IVF tecrübesinin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği görülmüştür (*Şen ve ark, 2014*).

2.4. Doğum tutumu

Türk Dil Kurumu (TDK) tutum kelimesini; bir kişinin bir sorunu ele alış biçimi, bir kimsenin bir sorun karşısında aldığı tavır ve tuttuğu yol olarak tanımlamaktadır (*TDK, Erişim tarihi: 04.05.2019*). Bu tanımdan yola çıkarak doğum tutumunu gebenin doğum eylemine yönelik oluşturduğu duygu, tutum ve davranış biçimi olarak tanımlayabiliriz. Önceden gebelik deneyimi olmayan kadınların ilk gebeliklerinde bilinmeyene yönelik oluşturulan bu tutum çoğunlukla korku şeklinde olmaktadır (*Kızılırmak, 2011*)

2.4.1. Doğum korkusu (Tokofobi)

Her kadın gebelik süreci ve doğum ile kendisine korku yaşamaktadır. Doğum eyleminin belirsizliği, yaşanacakların kesin tahmin edilemeyişi kadında korkuya neden olmaktadır. Doğum korkusu terimi ilk kez, 1859 yılında Marce tarafından “Eğer gebe kadın primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskınamaz bir anksiyete içerisine iter, önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır” şeklinde tanımlanmıştır (*Rouhe,2015; Kitapçioğlu ve ark, 2008*). Doğum korkusu, kadının bebeğinin sağlıklı bir şekilde doğmasını istemesine rağmen doğumdan korkması anlamına gelmektedir.

Doğum korkusunu yaşayan sadece kadınlar değildir. Gebelerin partnerlerinin %80’inden fazlasında bu korku görülmektedir (*Szeverenyi ve ark, 1998*). Bu alanda yapılan araştırmalarda korkunun prevalansı ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur. Waldemstroem ve arkadaşları (2006) tarafından İsveç’te yapılan bir çalışmada tokofobi yaşayan kadınların prevalansı %10 oranında bulunmuştur. (*Waldemstroem ve ark, 2006*). Fenwick ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada kadınların %48’inin orta derecede, %28’inin ise ileri derecede tokofobi yaşadıkları tespit edilmiştir (*Fenwick ve ark, 2009*). Dönmez ve arkadaşları (2014) tarafından Türkiye’de yapılan çalışmada gebelerin %58,5’inin doğuma yönelik korku yaşadığı bulunmuştur (*Dönmez ve ark, 2014*).

2.4.2. Doğum korkusunun çeşitleri

Primer doğum korkusu; Nullipar gebelerde görülen doğum korkusudur. Daha önce gebe kalmamış kişilerin doğuma karşı yaşadıkları kaygı olarak da ifade edilebilir. Ergenlik ve erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir. Primer doğum korkusu olan kadınlar doğum eylemine karşı hissettikleri korku nedeniyle gebeliklerini sonlandırmak ya da elektif sezaryen yaptırmak isteyebilirler (Öztürk, 2014; Brockington ve ark, 2006). Bu kadınlar çoğu zaman bu korkularının üstesinden gelemeyen ve çocuk sahibi olmamayı ya da evlat edinmeyi tercih ederler.

Sekonder doğum korkusu; Kadınların daha önce yaşadıkları travmatik bir obstetrik öykülerinden kaynaklanan doğum korkusudur. Bu travmatik öykünün en belirgin olanı “travmatik doğum eylemi”dir. Düşük yapma veya küretaj olma, fetüsün anne karnında kalp seslerinin durması gibi durumlar da bu korkunun oluşmasında neden olabilir. Sekonder doğum korkusu olan kadınlarda doğumdan sonra ciddi düzeyde anksiyete ve stres görülebilir, bu durum kadının yaşam kalitesinin bozulmasına ve uyku problemi yaşamasına neden olmaktadır (Melender, 2002; Nilson ve ark, 2011).

Gebelikte yaşanan depresyona bağlı oluşan doğum korkusu; Gebe kadının gebelikte yaşadığı depresif duygu durumuna bağlı ortaya çıkan korkudur. Kadın doğum yapamayacağını, yapsa bile bebeğin sağlıklı olmayacağını ya da yaşamını yitireceğini düşünür. Gebelik döneminde yaşanan depresyonun tedavi edilmesi; postpartum depresyon, anne bebek bağlanma ilişkisi, kadının kendine zarar verme riski ve aile ilişkileri açısından oldukça önemlidir (Alessandra ve Roberta, 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015).

2.4.3. Doğum korkusunun nedenleri

Kadınların doğum korkusu yaşamasına sebep olan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; gebenin obstetri öyküsü, yakınlarının anlattığı doğum hikâyeleri, gebenin duygu durum bozuklukları, hastalıklar, genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey ve işsizlik olarak tanımlanabilir. Doğum korkusu; bebeğe ilişkin korku, gebenin kendisine ilişkin korku ve doğum ortamı ve sağlık personelinin davranışına ilişkin korkuları içermektedir (Melender, 2002). Yapılan çalışmalarda gebeliğin ilk evresinde yaşanan duygu dalgalanmaları gebelik ilerledikçe yerini artan doğum korkusuna bıraktığı tespit edilmiştir (Şahin ve ark, 2009; Kitapçıoğlu ve Yanikkerem, 2008). Alehagen ve

arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada primiparlarda ve doğumun ilk evresinde tokofobinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (*Alehagen ve ark, 2009*). Şahin ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada primiparlar ve multiparlar arasında korku puanları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır (*Şahin ve ark, 2009*).

Gebelik ve doğumla ilgili bilgi eksikliği, kadının doğum korkusu yaşamasında önemli bir faktördür, bu alanda yapılan çalışmalarda gebelik ve doğumla ilgili bilgi eksikliğinin korkuya neden olduğunu bildirilmiştir (*Şahin ve ark, 2009; Saisto ve Halmesmaki, 2003*).

Bebeğe ilişkin korku; Geissbuehler ve Eberhard (2002) tarafından yapılan çalışmada bebekle ilişkili korkunun, diğer doğum korkusu nedenleri arasında %50 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (*Geissbuehler ve Eberhard, 2002*). Gebe kadın doğum esnasında bebeğin yaralanmasından, bebeğe zarar vermekten, özürlü çocuk sahibi olmaktan, bebeğin ölü doğmasından, bebeğin doğduktan sonra hasta olmasından, bebeğin kaçırılmasından korkmaktadır (*Serçekuş, 2005; Ip ve ark, 2009*).

Gebenin kendisine ilişkin korku; Doğum sancılarının dayanılmaz olması, ağrı eşiğinin düşük olması, vajinal ve uterin rüptür, epizyotomi ve bunlardan kaynaklanan kanama, doğum sırasında etkili şekilde ıkınamama, doğum esnasında olumsuz bir durumun oluşması ve ölüm korkusunu içermektedir. Aynı zamanda kadının anneliği yürütememekten, bebeğini yeterli emzirememesinden ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayamamaktan ötürü yaşadığı korku olarak belirtilmiştir (*Fenwick ve ark, 2009*).

Doğum ortamı ve sağlık personelinin davranışına ilişkin korku; Kadınların doğuma yönelik bir diğer korkusu da doğum ortamına ve doğum esnasında sağlık profesyonellerinin olumsuz davranışlarına ilişkin korkudur. Doğum yaparken tek başına kalma, doğum işlemi sırasında hata yapılması, doğumda kontrolü kaybetme duygusu, aniden doğum şeklinin değişmesi, sağlık profesyonellerinin doğum sırasında destek olmaması ve gebeye kötü davranması gibi korkuları içermektedir (*Okumuş ve Serçekuş, 2009; Fenwick ve ark, 2009; Serçekuş, 2011*).

2.4.4. Doğum korkusunun olumsuz yönleri

Doğum korkusu, kadında gebelik oluşmadan da oluşabilmektedir. Doğum korkusundan dolayı kadınların %13'ü gebe olmayı ertelemekte veya istemli bir şekilde infertil olmaktadır (*Bakshi ve ark, 2008*). Doğumla ilgili korku gebelerin günlük

yaşamınlarını olumsuz etkileyebilmektedir (*Sydsjö ve ark, 2013*). Doğum korkusu ile ilgili yapılan çalışmalarda; doğum öncesinde stres ve anksiyete yaşanması gebede bazı duygu değişikliklerine neden olduğu görülmektedir. Bunlar; huzursuzluk, agresiflik, uyku düzeninde bozulma, ansızın gelen ağlama nöbetleri, gebe olmaktan huzursuzluk duyma gibi duygulanım bozukluklarıdır. Bunlara ek olarak yapılan bazı çalışmalarda doğum öncesi yaşanan anksiyete ve stres durumu ile preterm eylem, postterm eylem, doğum sırasında artan analjezik kullanımı, uzamış doğum süresi, acil sezaryen oranında artış olduğu görülmüştür (*Bakshi ve ark, 2008; Saisto ve ark, 2001; Fenwick ve ark, 2009*).

Doğum korkusu doğum eylemine ilişkin komplikasyonlara da neden olmaktadır. Doğum korkusu gebenin sempatik sinir sistemini aktive olmasına neden olarak ve katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi hormonlarının salgılanmasını arttırmaktadır. Böylelikle uterusu giden kan akımında, uterin kontraksiyonların şiddetinde, fetüse giden kandaki oksijende azalma meydana gelir. Bu durum fetal distres yaşanmasına ve müdahaleli doğuma neden olmaktadır (*Rouhe, 2015; Lazoğlu, 2014; Alessandra ve Roberta, 2013*).

Doğum korkusu yaşayan kadınlar; postpartum depresyon, anne bebek bağlanma sürecinde gecikme, travma sonrası stres bozukluğu, aile süreçlerinde bozulma gibi problemler yaşamaktadır. Kadınların yaşadığı bu durumlar, onları ruhsal ve fiziksel olarak negatif etkilemekte, kadının bebeğine bakım vermesinde ve emzirmede kendini yetersiz hissetmesine dolayısıyla anneliğe adaptasyonda zorluk yaşamasına neden olmaktadır (*Güleç ve ark, 2014; Rouhe ve ark, 2015; Bektaş, 2008*).

2.4.5. Doğum korkusunun azaltılmasındaki yöntemler

Doğum korkusunun azaltılması ve doğum tutumunun pozitif olması, doğum korkusunun olası olumsuz etkilerinden gebeyi korumayı sağlar. Gebelik öncesi ve gebelik süresince kadının eğitim almasını sağlamak, psikolojik ve sosyal destek vermek, doğum süreci ve doğum sonrası dönem ile ilgili bilgilendirme yapmak ve doğum esnasında kişisel baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olmak doğum korkusunun azaltılmasını sağlayıp doğum tutumunu iyileştirecektir (*Aksoy, 2015; Fenwick ve ark, 2013*). Bunlara ek olarak nefes alma teknikleri, epidural ve narkotik ağrı kesiciler, hidroterapi, müzikterapi, aromaterapi, sıcak uygulama, akupunktur, müzik, masaj, yoga, hipnoz ve doğum koçu gibi yöntemler de doğum korkusunu

azaltmak için kullanılmaktadır (*Çiçek ve Mete, 2015; Hunter ve ark, 2011; Mamuk ve Davas, 2010*).

Yapılan bazı çalışmalarda gebelere verilen doğum eğitimlerinin ve gebeliğin her döneminde kadınların ihtiyaçlarına yönelik verilen danışmanlık hizmetinin gebelerde doğum korkusunu azalttığı belirtilmiştir (*Serçekuş ve Mete, 2010; Mete ve İsbir, 2013*). Rouhe ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, doğum öncesi dönemde sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitim ile aşırı derecede doğum korkusu yaşayan nulliparlarda doğum kokusunun iyileştirildiği belirtilmiştir. Ayrıca bu eğitim ile anneliğe uyumun sağlandığı ve postpartum depresyonun azaldığı tespit edilmiştir (*Rouhe ve ark, 2013*). Yıldız ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, hipnoz yönteminin hem doğum esnasında ağrıları azalttığı hem de doğum öncesinde yapılan gevşeme egzersizleri sayesinde anksiyete ve korkuyu azalttığı tespit edilmiştir (*Yıldız ve ark, 2013*). Bazı çalışmalarda sağlık çalışanları tarafından verilen sürekli doğum desteğinin (gebenin tuvalet ihtiyacını gidermesi, yalnız kalmak istediği zaman yalnız bırakılması ve hemşire/ebenin çok kısa zaman dilimleri haricinde gebenin yanında olması) ve eş desteğinin doğum korkusunu azalttığı görülmüştür (*Scott ve ark, 1999; Ganapathy, 2015*).

Doğum korkusunu azaltmada hangi yöntemin uygulanacağını belirlemek için kadından ayrıntılı tıbbi öykü almak oldukça önemlidir. Alınan tıbbi öykü sayesinde kadının korku, endişe ve anksiyete kaynağı için risk faktörleri belirlenip, ona göre uygun yöntemler planlanmalıdır (*Çiçek ve Mete, 2015*).

2.5. İnfertilite

Üreme ve neslin devamlılığını sağlama tüm canlıların en temel içgüdülerinden biridir. Fakat bazı durumlarda neslin devamlılığının sağlanmasına engel olan durumlar olabilmektedir.

İnfertilite “Fertil çağdaki eşlerin bir yıl boyunca ve haftada en az iki kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi ya da gebeliği devam ettirememesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer infertilite canlı doğumla sonuçlansın ya da sonuçlanmasın en az bir kere gebelik oluşmuşsa sekonder infertilite olarak tanımlanmaktadır (*Taşkın, 2014*).

İnfertilitenin görülme oranı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Sağlıklı

bir çiftte bir ayda gebe kalma olma olasılığı %15-25, altıncı ay sonunda %70, bir yılın sonunda ise %80'dir (Coşkun, 2016). DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde dört çiftten birinin infertilite problemi yaşadığını belirtmektedir. Amerika Birleşik Devleti'nde 1980 yılında çocuk doğurmak için başvuran 15-49 yaşları arasındaki kadınların oranı %9 iken, bu oran 1995 yılında %15'lere kadar yükselmiştir, 2010 yılı itibarı ile bu oran %12 seviyesindedir (Chandra ve Stephen, 1998; Chandra ve ark, 2014). Bu artışın sebepleri; artan kadın yaşı, insan çevresindeki toksinlere maruziyetin artması, artan obezite, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artma gibi bazı etkenler gösterilebilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verilerine göre Türkiye'de, 15-49 yaş arasındaki kadınlarda infertilite oranı %12,2 bulunmuştur (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Erişim Tarihi:06.05.2019). Fertilitenin oluşması için çiftlerde bir takım koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar tablo 2.2'de gösterilmiştir (Coşkun, 2016).

Tablo 2.2. Fertilite Koşulları

Kadınlar için	Erkekler için
Servikal mukus spermelerin yaşamasına uygun olmalıdır.	Testisler normal kalite ve sayıda sperm üretmelidir.
Kadın üreme sisteminde enfeksiyon ve tıkanıklık olmamalıdır.	Erkek üreme sisteminde bir tıkanıklık olmamalıdır.
Uterus anatomik olarak normal olmalıdır.	Üreme sisteminin salgıları normal olmalıdır.
Ovülasyon mevcut olmalıdır.	Atılan spermeler kadın vücudunda servikse ulaşılacak şekilde depolanmalıdır.
Over fonksiyonlarını etkileyecek sistemik bir hastalık (diyabet, troid, kronik anemi, obezite gibi) bulunmamalıdır.	

Bilinen ve bilinmeyen birçok faktör fertilitiyi etkilemektedir. İnfertilite sorunu %40 oranında kadında, %40 oranında erkekten ve %20 oranında da her iki eşten veya sebebi açıklanamayan infertiliteden kaynaklıdır (*Arslan Özkan, 2019*). İnfertilite problemi olan çiftlerde yapılması gereken ilk şey infertilite nedeninin tespit edilmesidir. Bunun için öncelikli olarak çiftler değerlendirilmelidir. Değerlendirmedeki amaç; infertiliteye neden olan faktörleri tespit etmek, prognoz hakkında doğru bilgi vermek, tıbbi inceleme sürecinde danışmanlık, destek ve eğitim sağlamak ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini belirlemektir (*Coşkun, 2016*).

2.5.1. İnfertilitede kadın faktörü

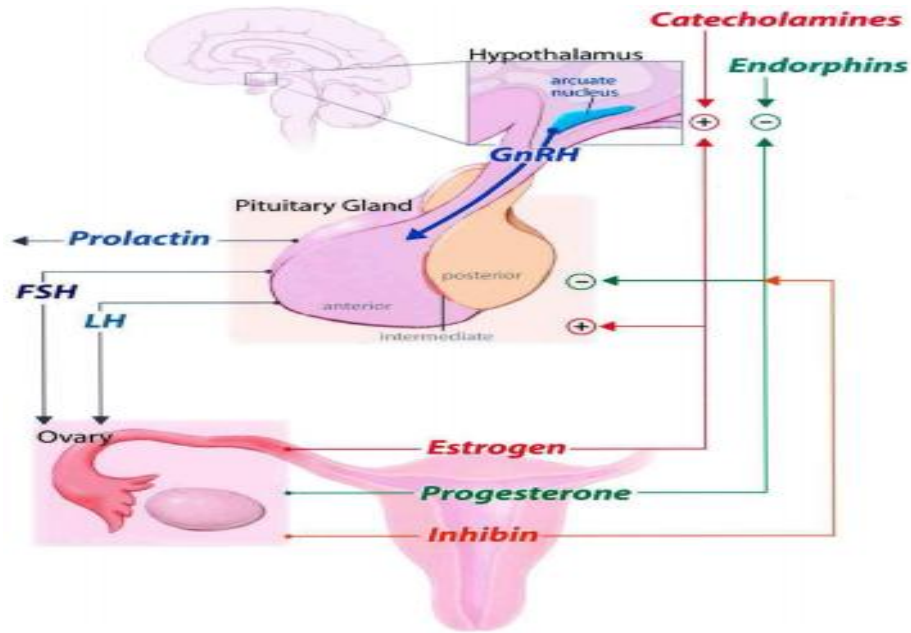
İnfertilite problemlerinin %40'ını kadına ait nedenler oluşturmaktadır. İnfertilite problemiyle sağlık merkezine başvuran çiftlerde kadın bireyi değerlendirme çok ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Kadının tıbbi, jinekolojik ve cerrahi öyküsünü tam olarak almak tanı koyma ve tedavi yöntemlerini belirlemek için oldukça önemlidir (*Kuş, 2008*). Kadın için infertilite risk faktörleri;

- Kilolu ya da zayıf olma
- Düzensiz yumurtlamaya yol açan hormonal dengezsizlikler
- Uterus myomları
- Fallop tüplerindeki tıkanıklıklar
- Servikal darlık
- Düşük oosit kalitesi
- Kromozomal anomaliler
- Uterustaki konjenital anomaliler
- İmmun sistem bozuklukları
- Diyabet, troid hastalıkları ve astım gibi kronik hastalıklar
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)
- 27 yaşın üzerinde olma

- Endometriyozis
- Turner sendromu
- Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü
- Sigara alkol tüketimi
- Çoklu düşükler
- Kemoterapik ajanlara maruz kalma
- Psikolojik stres.

2.5.1.1. Ovulatuvar bozukluklar

Ovulatuvar bozukluklar kadına bağlı infertiliteden %40, toplam infertiliteden %15 oranında sorumludur. Anovulasyon, menstruasyon düzensizlikleri ve amenore şeklinde kendini gösterir. Sağlıklı bir ovulasyon olması için hipotalamus-hipofiz-over ekseninin düzenli bir şekilde çalışması gerekmektedir (Şekil 2.1). Oosit kalitesini ve kantitesini; genetik faktörler, yaşam tarzı, çevresel faktörler, medikal hikaye, endometriozis, over cerrahisi, kemoterapi ve radyoterapi etkileyebilmektedir (*Female Age-Related Fertility Decline, 2014*).



Şekil 2.1. Hipotalamus-Hipofiz-Over Ekseni

Ovulasyonun değerlendirilmesinde değişik yöntemler kullanılabılır. Bazı yöntemler daha basit, ucuz ve noninvazif bazı yöntemler ise daha komplike ve pahalıdır. Ovulasyonun değerlendirilmesinde aşağıdaki unsurlar göz önünde bulundurulur.

Yaş; infertilitenin nedenleri arasında gösterilen en önemli unsurlardan biri artmış yaştır. Çocuk sahibi olmanın ötelemesi kadınlarda gebe kalma şansını negatif etkilemektedir. Over rezervinde azalma, intrauterin dönemin 20. gebelik haftasına haftasında başlamaktadır. Bu dönemden itibaren mitoz ile sayıları artan ooginiaların artması durur, sonrasında sayıları azalarak yenidoğanda 1-2 milyona, pubertede 300-400 bin miktarına kadar inmektedir. Bu ooginialarda her ay yaklaşık 1000 tanesi folikülden ovulasyon evresine kadar farklı safhalarda atreziye uğramaktadır (Cevrioğlu, 2006). Overin yaşlanması, over rezervindeki azalmaya neden olmaktadır; primordiyal folikül sayısı düşer, oosit kalitesi bozulmaya başlar, implantasyon şansı azalır, embriyoda kromozomal anomali riski artar ve buna bağlı olarak düşük oranı artmaktadır (Hendriks ve ark, 2005). Fertilite oranındaki düşüş; 25-29 yaş arası %4-8, 30-34 yaş arası %15-19, 35-39 yaş arası %26-46, 40-45 yaş arası ise %95'tir (Çavuşoğlu, 2015).

Bazal vücut ısısı; Ovulasyondan sonra progesteron etkisi ile vücut sıcaklığında 0.1-0.3 °C artış olur, böylece bir siklus boyunca ilk yarıya oranla ovulasyondan sonraki luteal fazda bazal vücut sıcaklığı yüksek seyrederek ve bu durum ovulasyonlu bir siklusu ifade etmektedir. Progesteron >5 mg/ml olduğu zaman ya da ovulasyondan 4 gün sonra ısı artışı görülmektedir (Corson, 2001; Arslan Özkan, 2019).

Menstrüal öykü; 25-35 gün arası siklus süresi olan, menstruasyon dönemi 3-10 gün arası olan, yumurtlama ağrısı (mittelschmerz) izlenen, premenstrual belirtilerin görüldüğü, dismenorenin izlendiği ovulatuvar sikluslardır (Öktem ve Urman, 2012).

Midluteal dönemde serum progesteron düzeyinin değerlendirilmesi; Midluteal dönem serum progesteron düzeyine 28 günlük bir siklusta 21. günde değerlendirilir. Progesteron düzeyinin >10ng/ml olması ovulasyonu desteklemektedir (Miller ve Soules, 1996; Luciano ve ark, 1990).

İdrarda günlük LH takibi; İdrardaki Lüteinizan Hormon (LH) artışının miktarını saptamak için yapılır. LH miktarı ovulasyon olduğu zaman artar ve bu artış overlerin bir yumurtayı dölemek üzere serbest bıraktığını yani gebelik için en uygun

zaman olduğunu göstermektedir (*Arslan Özkan, 2019*).

Endometrial Biyopsi; Ovulasyon gerçekleşmesiyle birlikte korpus luteumdan (CL) salgılanan progesteron etkisiyle endometriumda sekretuar özellikler olmaktadır. Bundan dolayı siklusun luteal fazında alınan endometrial örneğinde sekretuar endometriumun olması ovulasyonun meydana geldiğini göstermektedir (*Ghadir ve ark, 2014; Sperroff ve Fritz, 2007*).

2.5.1.1.A. Luteal faz yetmezliği

Luteal faz, ovülasyondan menstrasyon döneminin başlangıcına kadar olan arasındaki süre olarak tanımlanmaktadır, ortalama 14 gündür. Bu dönemde meydana gelen progesteron üretimi korpus luteumun fonksiyonuna bağlı olarak değişmektedir. Luteal faz yetmezliği ise ovulasyondan sonra oluşan korpus luteumun progesteron üretimindeki yetersiz olması ve bundan dolayı endometriumun gebelik oluşması için hazır olamamasını ifade eder (*Sperroff ve Fritz, 2007; Ghadir ve ark, 2014*).

2.5.1.1.B. Anovulasyon ve polikistik over sendromu (PKOS)

Anovulasyon; amenore, oligomenore, menstrasyon düzensizlikleri, disfonksiyonel kanamalar, hirsütizm gibi çeşitli klinik bulgularla ortaya çıkan ve infertilite nedenlerinden “%25” oranında görülen yaygın bir sorundur (*Sperroff ve Fritz, 2007*). Polikistik over sendromu (PKOS) birçok genetik ve çevresel faktörlerin neden olduğu kronik anovulasyon ve hiperandrojenizm ile belirtilen bir problemdir. Doğurganlık kadınlarda görülme sıklığı %5 olarak bildirilmektedir (*Azziz ve ark, 2004*). Oluşmasında genetik faktörlerin ciddi bir rolü bulunmaktadır. PKOS’lu kadınların annelerinde %24, kız kardeşlerinde %32 oranında PKOS görülmektedir. PKOS’lu kadınların %40’ı anovulasyondan dolayı infertildir (*Diamanti Kandarakis ve Dunaif, 2012*).

PKOS tanısı konulurken, bazı tanılama kriterleri kullanılmaktadır. Bunlar; 2003 yılında Rotterdam’da ESHRE/ASRM konferansında ve 2006 yılında AEPCOS (Androjen Fazlalığı ve Polistik Over Sendromu Topluluğu) konferansında belirlenen tanı kriterleridir. Bu kriterlerden en az 3 tanesinin olası PKOS tanısı yeterlidir. Bu kriterler;

- Oligo / anovulasyon
- Hiperandrojenizm klinik ve/veya biyokimyasal belirtilerinin olması
- Ultrasonografide polikistik overlerin görülmesi: 2-9 mm çapında periferik dizilimli 12 veya daha fazla follikül bulunması şeklinde tanımlanmıştır (*Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group, 2004*).

2.5.1.1.C. Prematür over yetmezliği

Prematür over yetmezliği (POF), 40 yaşından önce over fonksiyonlarının bozulmasına bağlı ikincil gelişen amenore ve yükselmiş gonadotropin düzeyi ve neticesinde gelişen kan östrojen düzeylerinde düşme ve bu durumun yol açtığı fizyolojik ve psikolojik problemler ile karakterize bir tablodur. Genetik veya nedeni bilimeyen faktörlerle birlikte otoimmün hastalığa sahip olanlarda, kemoterapi tedavisi sonrasında, sigara içen kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Yumurtalıklarda folliküllerin deforme olmasına, tükenmesine ya da fonksiyon kaybına uğramasına neden olmaktadır. 40 yaşından genç kadınlarda yaklaşık %1,30 yaşından genç kadınlarda yaklaşık %0,1, 20 yaşından genç kadınların %0,01 kadarını etkilemektedir (*Sinha ve Kuruba, 2007*).

2.5.1.1.D. Overyan rezerv testleri

Foliküler Stimulan Hormon (FSH) Değerlendirilmesi; Rutin test olarak etkinliği zayıf olmasına rağmen, bazal FSH seviyesi over cevabının göstergesi olarak kullanılmaktadır. Overin FSH duyarlılığını incelemek için en uygun zaman menstruasyon siklusunun luteofoliküler fazıdır. FSH ölçümleri menstruasyon siklusun 3. günü yapılmaktadır. FSH düzeyi; 10-15 mIU/ml olması over rezervinin yeterli olduğunu göstermektedir (*Wolff Taylor, 20014; Altuncu, 2015; Doğan Durdağ ve Berker, 2008*). Scott ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada FSH değeri <15 mIU/mL olan vakalarda gebelik prevelansının, 15-29,4 mIU/mL olan vakalara bakarak 2 kat, >25 mIU/mL olan vakalardan ise 6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (*Scott ve ark, 1989*).

Klomifen Sitrata Challenge Testi; Kadının yumurtalık rezervini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Siklusun 3. günü FSH testi yapıldıktan sonra, 5. ve 9. günler arasında 5 gün süreyle genellikle 100 mg lık dozlar şeklinde klomifen sitrat verilir.

Siklusun 10. günü tekrar FSH testi yapılır. FSHdeğerinin ≥ 15 mIU/mL olması anormal olarak kabul edilmektedir (*Arslan Özkan, 2019*).

Bazal Östradiol (E2) değerlendirilmesi; Estradiol folliküler faz boyunca overden salgılanır. E2 seviyesi siklustan siklusa değişmekle birlikte menstrüel siklusun 2-4. günlerinde sıklıkla 50 pg/mL'nin altındadır. Yapılan çalışmalar, menstruasyon siklusunun 3. gününde E2 seviyesinin yüksek bulunmasının, oosit sayısında azalma ve gebe kalma oranındaki düşüş ile paralellik gösterdiğini belirtmektedir (*Smotrich ve ark, 1995*). Bundan dolayı bu test menstruasyon siklusunun 3. gününde FSH ile bereber birlikte ölçülmelidir, böylelikle daha başarılı bir değerlendirme yapılacaktır.

Bazal İnhibin-B değerlendirilmesi; Preantral ve antral folliküllerden salgılanan bir glikoproteindir. Yaşa bağlı olarak oosit sayısındaki düşüş ile beraber inhibin B seviyesi azalmaktadır. Böylece inhibin B seviyesindeki azalma hipofizden FSH sekresyonuna ve erken folliküler FSH değerlerinde artışa neden olur. Menstrüel sikluslar arasında inhibin B seviyelerinde belirgin varyasyonlar olduğundan ve over stimülasyonuna azalmış cevabı predikte etmede yetersiz olduğundan dolayı önerilmemektedir (*Jayaprakasan ve ark, 2010*).

Antimüllerien Hormon (AMH) Değerlendirilmesi; Erken folliküler faz FSH, östradiol ve inhibin B gibi testler, over rezervinin azalmasında erken evrede hassasiyetleri düşük testlerdir ve sadece over rezervindeki azalma ciddi seviyede olduğunda ve gebe kalma şansı fazlasıyla azaldığında anormal olur. AMH yaşla alakalı diğer belirteçlere göre daha erken ortaya çıkar ve bundan dolayı AMH seviyesinin overyan yaşlanma ve menopozal geçiş için en iyi belirteç olduğu belirtilmektedir (*Doğan Durdağ ve Berker, 2008*). Puberte ve menstrüel dönemin başlamasından itibaren AMH seviyesi giderek azalır ve menopozda tamamıyla yok olmaktadır. AMH düzeyi primer, sekonder (preantral) ve 2-6 mm çaplı antral foliküllerdeki granüloza hücrelerinden salınan bir glikoprotein olup primordial oosit rezervi açısından bilgi vermektedir. AMH için cut off değer 0,7–1,3 ng/ml ($\sim 5,0$ – $9,3$ pmol/l) olarak önerilmiştir (*La Marca ve Sunkara, 2014*). Bazı çalışmalarda düşük AMH değerlerinin (0,2-0,7 ng/ml DSL ELISA) stimülasyona zayıf cevabı, kötü embriyo kalitesi ve düşük gebelik oranlarıyla paralellik gösterdiği bulunmuştur (*Rustamov ve ark, 2010; Sahmay ve ark, 2011*).

Antral folikül sayımı (Ultrasonografi); erken foliküler fazda transvajinal ultrason (TVUSG) ile 2-10 mm çapına sahip foliküllerin ölçümü ile gerçekleştirilmektedir. 4-10 adet antral folikülün olması iyi over rezervini göstermektedir (*Arslan Özkan, 2019; Koçak ve ark, 1999*).

2.5.1.2. Tubal faktör

Tubal bozukluklar, kadına ait infertilitede %30-35 oranında görülmektedir. Tubaların tıkanık ya da deforme olması sonucu sağlıklı bir şekilde işlev gösterememesi infertiliteye neden olmaktadır (*Kontoravdis ve ark, 2006*). Nedenleri;

- Proksimal, distal veya bilateral obstruksiyon veya oklüzyon
- Endosalpenksin hasarı
- Periadneksiyal adezyon
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- Endometriozis
- Ektopik gebelik
- Abdomino-pelvik cerrahi
- RİA
- Kriminal abortus olarak belirtilmektedir (*Briceag ve ark,2015*).

Tubal infertiliteye en çok neden olan faktörler arasında pelvik inflamatuvar hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır. Bunlar arasında en sık neden klamidya enfeksiyonudur. Klamidya doğurganlık çağındaki kadınların %50-80'inde asemptomatik seyrederek fakat tubal infertilitenin üçte birine bu enfeksiyon neden olmaktadır (*Singh ve ark, 2016*). Tubal bozuklukları değerlendirmek için; tubal insüflasyon (Rubin testi), histerosalpingografi ve laparoskopi yöntemleri kullanılmaktadır.

Tubal insüflasyon (Rubin testi); Fallop tüplerine karbondioksit verilerek tubal tıkanıklık değerlendirilir. Karbondioksit hasta dik oturduğunda abdominal kaviteden yükselerek subdiyafraqmatik sahayı irite etmektedir. Bu durum hastada geçici bir omuz

ağrısına neden olmaktadır (*Arslan Özkan, 2019*).

Histerosalpingografi (HSG); Tubal tıkanıklığı değerlendirmede en sık kullanılan yöntemdir. İnfertilite problemi olan kadınlarda tuba uterinaların yapısını, açıklığını ve uterus anormalliklerini değerlendirmek için yapılmaktadır. Tubal ve uterin faktörü değerlendirmede ilk basamaktır. Menstruasyon siklusun 6.-10. günleri arasında uterusu 3-10 ml radyopak maddenin yavaş bir şekilde verilmesi esnasında, sıvının uterus ve tüplere geçişini röntgen filmi çekilmesiyle yapılmaktadır. HSG yapılırken hastada dismenore tarzında kısa süreli bir ağrı görülebilmektedir. HSG işlemini takip eden aylarda, 3,3 misli daha çok gebelik tespit edilmektedir. Bunun nedeni olarak; işlem esnasında tubalarda tıkanıklığa neden olan mukus ve epitel tıkaçların basınçla birlikte peritona doğru ilerletilmesi, tubaların açılması ve slier fonksiyonların iyileştirilmesi ile meydana geldiği düşünülmektedir (*Arslan Özkan, 2019*).

Laparoskopi; HSG ye göre daha ileri bit tetkiktir. Pelvik organların doğrudan gözlenmesi için menstruasyon siklusunun erken foliküler fazında yapılmaktadır. Laparoskopide serviksten metilen mavisi verilmesi ve bu maddenin tubalardan geçişinin izlenmesiyle kesin tanı konulmasına yardımcı olmaktadır. Laporoskopi ile tubal açıklık, endometriozis, kistler ve pelvik inflamatuvar hastalıklar gibi pelvik patolojilerin teşhisinde kullanılmaktadır (*Corpus ve ark, 2007; Arslan Özkan, 2019*).

2.5.1.3. Uterin faktör

Uterin faktör bozuklukları, uterusun doğumsal veya sonradan meydana gelen patolojileri, myomlar, polipler, pozisyon bozuklukları, mülleryan kanal anomalileri, uterus yapışıklıkları, kronik uterus enfeksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Bu etkenler embriyonun implantasyonuna ve fetüsün gelişmesine engel olarak infertilite oluşmasına neden olmaktadır. Kadına ait infertilite nedenleri arasında %2-5 oranında görülmektedir. Tanı konulması için; ultrason, HSG, histeroskopi ve laparoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır (*Erden, 2015*).

2.5.1.4. Servikal faktör

Servikal ve immünolojik faktörler; çiftlerin infertilite nedenleri arasında % 3-5 oranında görülmektedir. Servikal bölgede yer alan bezler mukus adı verilen bir salgı üretmektedir. Servikal mukus hem sperm geçişini kolaylaştırır hem de spermelerin uzun süre yaşamasına engel olan vajen PH'ını spermelerin yaşaması için uygun şekilde

hazırlar. Servikal mukus yapısı menstruasyon döngüsüne göre farklılık göstermektedir. Östrojen hormonu mukus üretiminin artmasına neden olurken, progesteron hormonu bu durumu baskılamaktadır. Ovulasyon dönemine yakın servikal mukus miktarında artma gözlenirken aynı zamanda sulu, elastik ve alkali yapıda olmaktadır. Servikse ait doğumsal malformasyonlar ve servikal travmalar mukus üretiminin normal bir şekilde olmasını engelenmektedir (*Yıldız Eryılmaz ve ark, 2009*).

2.5.1.5. Endometriozis

Endometriozis, endometrial dokunun endometrium ya da myometrium dışında başka bir yerde bulunması olarak ifade edilmektedir. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'unu etkilemektedir. Endometriozisin görülme yaşı 12 ile 80 arasındadır. En fazla üreme çağındaki kadınlarda rastlanmaktadır. İnfertilite problemi yaşayan yetişkin kadınlarda %30-40 oranında görülmektedir. Endometriozis tanılı hastaların %50-80'i semptomatiktir (*Giudice ve Kao, 2004*). Hastalarda genellikle dismenore, pelvik ağrı, dispareni, menstrüel düzensizlik, dizüri, hematüri ve rektal kanama gibi semptomlar görülebilmektedir (*Eskenaazi ve ark, 2001*).

Endometriozisin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak birinci derece akrabalarında endometriozis bulunan kişilerde bu hastalığa sahip olma riskinin yedi kat fazla olduğu belirtilmektedir (*Çiçek ve Mungan, 2007*). Endometriozisin nedenini açıklamak üç tane teori bulunmaktadır. Bunlar; endometriyal dokunun ektopik transplantasyonu, çölemik metaplazi ve indüksiyon teorisidir. Endometriozisin tanılanmasında laparoskopik işlemi 'altın' standart olarak ifade edilmektedir (*Somigliana, 2010*). Endometriozisin neden olduğu infertilitenin tedavisi için genellikle cerrahi veya yardımcı üreme teknikleri kullanılmaktadır (*Baştu, 2012*).

2.5.2. İnfertilitede erkek faktörü

İnfertilite problemlerinin %40'unu erkeğe ait nedenler oluşturmaktadır Erkek infertilitesi genellikle spermdeki hem sayıca hem de hareket yönünden yetersizliğe bağlı olarak meydana gelmektedir.

Erkek infertilitesi için risk faktörleri;

- Toksik maddeler maruz kalma (kurşun, civa, x-ray ışınları)
- Obezite

- Cushing sendromu
- Genetik hastalıklar
- Genital organın yüksek ısıya maruz kalması
- Sigara, kokain veya esrar kullanma
- Aşırı alkol tüketimi
- Ülser ya da sedef hastalığı için ilaç kullanma
- Herni operasyonu
- Sık sık uzun mesafe bisiklet kullanma
- Cinsel yolla bulaşan hatalıklar (CYBH)
- İnmemiş testis (kriptorşidizm)
- Puberte sonrası kabakulak geçirme olarak olarak tanımlanabilir.

Erkek infertilitesini tanılamak kadına ait tanı testleri gibi zaman alıcı, komplike ve uğraştırıcı değildir. İnfertilitede erkeğe ait olan nedenler; ayrıntılı tıbbi öykü, fizik muayene, sperm analizi, biyokimyasal testler, genetik ve endokrin testler yardımıyla tespit edilebilmektedir (*Yıldız Eryılmaz ve ark, 2009*). Doğru bir sperm analizi için, 2-7 gün cinsel perhiz sonrasında alınan ejakülat örneği labarotuvarda ortamında incelenir. Dehidratasyon veya ısı değişikliğinin semen kalitesini olumsuz etkilemesinden kaçınmak için, ejakülasyondan sonra tercihen 30 dakika, en fazla bir saat içinde analiz yapılmalıdır. Ejakülat örneğindeki sperm sayısı ve sperm yoğunluğu, gebeliğe kadar geçen süre ve gebe kalma oranlarıyla ilişkili olup, gebeliğin belirleyici faktörleridir. Alınan örnek DSÖ' nün 2010 yılında belirlediği kriterlere göre değerlendirilir (Tablo2.3) (*WHO, 2011; Kadıhasanoğlu ve Kendirci, 2013; Gökçe, 2011*).

Tablo 2.3. DSÖ Kriterlerine Göre Standart Semen Analizi

Semen volümü	1.5 (1.4-1.7)
Total sperm sayısı	39 (33-46)
Sperm konsantrasyonu	15 (12-16)
Total motilite (hareketlilik)	40 (38-42)
Progressive motilite	32 (31-34)
Vitalite (canlı sperm sayısı)	58 (55-63)
Sperm morfolojisi (normal formlar)	4 (3.0-4.0)
pH	>7.2
Peroksidaz-pozitif lökosit	<1.0
MAR (mixed antiglobulin reaction testi)	<50
Immunobead testi	<50

Semen analizi DSÖ kriterlerine göre normal sınırlarda ise, tek test yeterlidir. Fakat en az iki testte de anormal değerlerin olması durumunda, ileri androlojik araştırma gerekmektedir (*Kadıhasanoğlu ve Kendirci M, 2013; Ender Yumru ve Öndeş, 2011*).

Fizik muayenede inspeksiyon ve palpasyon yöntemleri ile erkek genital organları muayene edilir. Penil ve üretral problemler infertiliteye neden olabilir. Testis yapısı, epididimdeki anomali durumu, prostat ve vezikula seminalislerin tetkiki, vaz deferens kanalı varlığı ve varikozel için fizik muayenenin çok dikkatlice yapılması oldukça önemlidir (*Kadıhasanoğlu ve Kendirci M, 2013*).

2.5.2.1. Anormal sperm üretimi

DSÖ kriterlerine göre sperm analizinde kullanılan terminoloji tanımları;

Oligospermi; Sperm sayısının 15 milyon/ml'den az olmasıdır.

a. Hafif oligozoospermi; Sperm sayısının 5-15 milyon/ml. nin arasında olmasıdır.

b. Şiddetli oligozoospermi; Sperm sayısının 5 milyon/ml. nin altında olmasıdır. Bilinmeyen nedenlerden olabileceği gibi; genital ve sistemik enfeksiyonlar, inmemiş testis, kromozomal bozukluklar, kronik sistemik hastalıklar, ilaçlar ve koitus sıklığı ile ilişkili olarak değişebilir.

Astenospermi; Spermatozoanın hareketinin $<50\%$ olması, yani hareket azlığı demektir. Bir çok konjenital (Kartegener Sendromu) ve sonradan meydana gelen nedenlerle (enfeksiyon, ilaç, ısı) oluşabilir.

Teratozoospermi; Normal yapıdaki spermatozoaların morfolojisinin belirli bir miktardan ($<4\%$) az olması demektir. Seminal kanallarındaki deformasyon ve epididim enfeksiyonu, kromozomal bozukluklar, toksik maddeler bu duruma neden olmaktadır.

Aspermi; Ejakülasyon olmaması demektir. Retrograd ejakülasyon, hormonal nedenler, vasküler nedenler ve ereksiyon sorunları bu duruma neden olmaktadır.

Hipospermi; Ejakülasyon miktarının <2 ml. olmasıdır. Prostat, vas deferensin ve seminal vezikül enfeksiyonu, ejakülatör kanalların tıkanıklıkları, androjen eksikliği, travma, tümörler ve retrograd ejakülasyon bu duruma neden olmaktadır.

Hiperspermi / polizoospermi; Sperm konsantrasyonunun devamlı olarak <250 milyon/ml olmasıdır. Koitus sıklığının az olduğu durumlarda ve prostat veya seminal veziküllerin enfeksiyonu bu duruma neden olmaktadır.

Azospermi; Ejakülatta sperm olmamasıdır. Genetik ve hormonol bozukluklar, bilateral vas deferens yokluğu, germinal aplazi ve ejakülatör kanallarındaki tıkanıklıklar bu duruma neden olmaktadır.

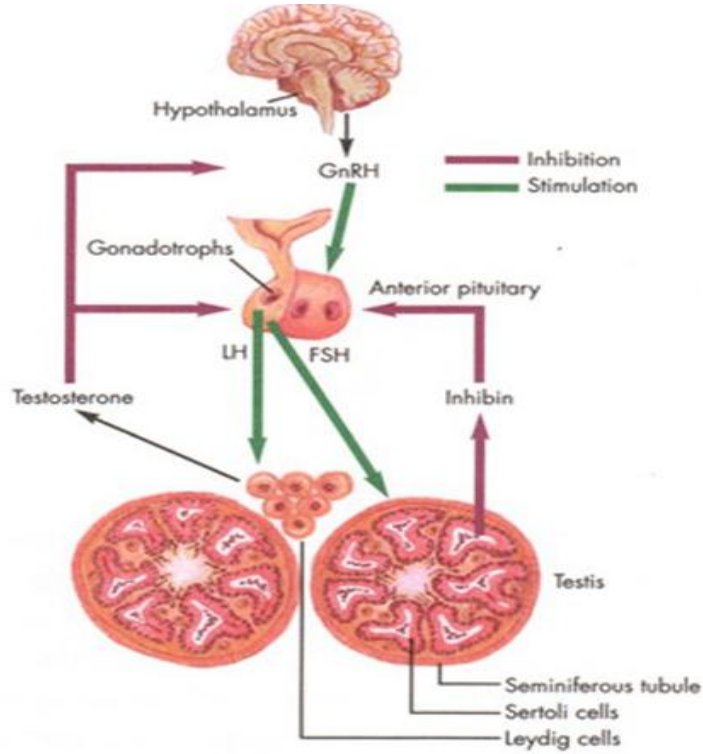
Oligoastenoteratozoospermi; Sperm hücrelerinin sayısı, morfolojik ve motilite olarak normal değerlerin altında olmasıdır (Yaman, 1990; WHO, 2011).

2.5.2.2. Retrograd ejakülasyon

Ejakülasyon esnasında mesane boynunun kapanması ile ilgili bir probleme bağlı olarak semenin bir kısmı veya hepsi mesaneye kaçır. Bu duruma retrograd ejakülasyon denir (*Mosher ve Pratt, 1991; Jarrow 1993*). Tanısı post-ejakulatuar idrar analizinde spermatozoa saptanması ile konulmaktadır. İdrar örneğinin analizinde her alanda 5-10 tane sperm görülmesi retrograd ejakülasyon tanısını koymak için yeterlidir. Bu tanıya sahip hastaların idrarları genellikle bulanık görünümündedir. Mesane boynuna, pelvik ve spinal bölgeye yönelik ameliyat geçiren kişilerde, retroperitoneal lenf nodu çıkarılanlarda, multipl skleroz (MS) ve diabetik nöropati hastalarında görülebilir. Tedavisi için ilk seçenek medikal tedavidir, medikal tedaviden olumlu yanıt alınamazsa yardımcı üreme tekniklerine başvurulmaktadır (*Kişnişçi ve ark, 1996*).

2.5.2.3. Hormonal ve genetik nedenler

Erkeklerde yeterli miktarda sperm üretiminin sağlanabilmesi için hipotalamus-hipofiz-gonadlar ekseninin sağlıklı bir şekilde çalışması gerekir (Şekil 2.2). Normal olarak çalışan hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini ve normal spermatogenezde gonadotropin ve hormon seviyeleri tam olarak regüle edilir. Hipotalamus ve hipofizin çalışma bozukluklarında FSH, LH ve testosteron seviyeleri azalma meydana gelir. Bundan dolayı hipotalamus ve hipofizi sağlıklı çalışmayan erkeklerde testiküller uyarıda azalma, spermatogenezde azalma ve küçük testis görülmektedir. Ek olarak sertoli ve leyding hücrelerinin az çalışması, negatif feedback'i ortadan kaldırarak primer testiküller yetersizliğe neden olur. Bununla birlikte FSH ve LH düzeylerinde artış meydana gelir (*Mark, 2000*).



Şekil 2.2. Hipotalamus-Hipofiz-Gonad Ekseni

Hipogonadotropik hipogonadizm; konjenital veya sonradan oluşan hipotalamik veya hipofizer bozuklukların sebep olduğu, FSH ve LH'n düşük seviyelerde olması nedeni ile androjen üretimi ve spermatogenezde bozukluğa neden olan bir hastalıktır. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (*Eser ve Bostancı 2016*).

Kalman sendromu; Erkek infertilitesinde X kromozomuna bağlı en çok görülen kalıtsal bir bozukluktur ve hipogonadotropik hipogonadizmin nedeni olarak gösterilir. X kromozomunun uzun kolundaki bir genin mutasyona uğramasıyla hipotalamustan salgılanan GnRH sekresyonunda bozukluk olması kalman sendromu oluşmasına neden olur. Bu hastaların çoğunun boyu uzun ve azospermiktir. Aynı zamanda bu hastalarda pubertal gecikme görülebilir. Konjenital sağırlık, yarı damak, kriptosidizm, serebellar disfonksiyon, renal anomali, kraniyum ve yüz asimetrisi de kalman sendromlu kişilerde görülebilir. Hormon replasman tedavisi (hCG ve FSH) bu sendroma sahip kişilere uygulandığında fertilizasyon açısından olumlu sonuçlar elde edilebilir (*Aslan Koşar ve ve Özçelik, 2007*).

Prader-Willi sendromu; Vücutta birden fazla bölgeyi etkileyen komplike genetik bir hastalıktır. Bu hastalarda çoğunlukla gecikmiş puberte gözlemlenir ve genellikle bu hastalarda infertilite problemleri görülür. Prenatal dönemde azalmış fetüs

hareketleri, kısa boy, obezite, tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, düşük IQ'ye bağlı olarak gelişen bilişsel problemler ve öğrenme güçlüğü, karakteristik yüz görünümü (dar alın, badem şeklinde gözler, üçgen ağız), küçük el ve ayaklar ile karakterize bir hastalıktır. Prader Willi sendromunun görülme oranı 1/30000-40000 dir (*Karaer ve ark, 2011*).

Laurence moon bardet biedl sendromu (LMBBS); Obezite, renal malformasyonlar, gece körlüğü, hipogonadizm, mental retardasyon, polidaktili ve testiküler yetmezlik ile karakterize otomozomal resesif geçişli bir hastalıktır (*Uçar ve ark, 2012*).

Klinefelter sendrom; İnfertil erkeklerde en çok görülen eşey kromozomu bozukluğudur ve 1/600 oranında görülür. Uzun boy, düşük ekstremite, akondroplazi, küçük testis, jinekomasti, erektil disfonksiyon ve azospermi karakterize bir sendromdur. Azoospermi tespit edilen erkeklerin %11'inde, infertil erkeklerin %4'ünde klinefelter sendromu görülür. Bu hastalığa sahip erkeklerin testisleri incelendiğinde seminifer tübüllerde hiyalinizasyon (hiyalin bir kitle oluşumu) ve leyding hücrelerinde hiperplazi (hücre sayısındaki artış nedeniyle doku veya organ büyümesi) olduğu tespit edilir. Klinefelter sendromlu erkekler; diyabet, lösemi, ekstraponadal germ hücre ve meme kanseri açısından risk taşımaktadır (*Aslan Koşar ve ve Özçelik, 2007*).

Y Kromozom Mikrodelesyonları; Erkeklerde Y kromozomunun uzun kolunda bulunan genler spermatogenezi, kısa kolunda bulunan genler ise testis gelişimini kontrol etmektedir. İnfertilite ile Y kromozomundaki bu genlerin mikrodelesyonları arasında ilişki bulunmaktadır (*Kalaycı Yiğın ve Gökçe, 2016*). İdiyopatik azospermi olan erkeklerde %15-20 oranında ve idiyopatik oligozospermi olan erkeklerde %7-10 oranında Y kromozom mikrodelesyonlarının olduğu bilinmektedir (*Affara ve Mitchell 2000*). Y kromozom mikrodelesyonları genellikle semen analizi sonrası görülen azospermi ve oligozosperminin nedeninin araştırılması ile tespit edilir (*Kalaycı Yiğın ve Gökçe, 2016*).

2.5.2.4. Kistik fibrozis

Otomozomal resesif geçişli genetik hastalıktır. Beyaz ırkta görülür. Görülme oranı 1/2000-3500, taşıyıcılık oranı ise 1/25 olarak bildirilmiştir (*Türk Toraks Derneği 2011*). Kistik fibrozis akciğerler, üreme organları, gastrointestinal sistem ve ter bezleri

etkilediği için birden fazla değişik klinik bulgu gösterir. Bu hastalığa sahip erkekler %98-99 oranında infertildir. Bilateral gelişmemiş vas deferens yokluğuna bağlı olarak obstrüktif azospermi görülmektedir. Kistik fibrozisli erkeklerin %90'ında spermatogenezde bir bozukluk olmadığı için yardımcı üreme teknikleri ile olumlu sonuç alabilirler. Tanı için; terde klor değerinin ölçülmesi, mutasyon analizi, nazal potansiyel farkı ölçümü, ürogenital sistemin değerlendirmesi (fiziksel muayene, semen analizi, ultrasonografik inceleme), pankreasın ekzokrin fonksiyonlarının ölçülmesi, solunum sisteminin mikrobiyolojik analizleri gibi yöntemlerden yararlanılır (*Özçelik, 2004*).

2.5.2.5. Varikosel

Varikosel, pleksus pampiniformisin ve internal spermatik venlerin dilatasyonu veya skrotumdaki testiküler venlerin dilatasyonu olarak tanımlanmaktadır (*Çayan, 2017*). Erkek infertilisinden %30-40 oranında sorumludur. Varikosel %90 oranında sol tarafta görülürken %10 oranında da iki taraflı görüldüğü bildirilmektedir. Sağ tarafta varikosel görülme oranı oldukça düşük olmasına rağmen spermatik ven veya vena kavada obstrüksiyona neden olabilecek böbrek kitleleri ile retroperitoneal lokalizasyondaki kitlelerin daima göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Erkek infertilisine en çok neden olan ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu hastalık, testis hasarına neden olarak testis gelişiminin gerilemesine ve spermatogenezini olumsuz etkileyerek erkeklerde infertilite görülmesine neden olmaktadır. Bu hastalığı değerlendirmek için; anemnez, fizik muayene ve semen analizi yöntemlerinden yararlanılır. Varikoselli hastaların semen analizinde sperm sayısı, motilite ve morfolojide bozulma yönünden infertilite ile ilişkili bulgular görülmektedir. Ek olarak testis hacminde azalma ve leyding hücrelerinin disfonksiyonu fertilitiyi olumsuz etkilemektedir (*Çayan ve Kadioğlu, 2005*). Varikoselin etiyolojisinin tam anlamıyla bilinmemesine rağmen bu konuyla ilgili birçok teori bulunmaktadır. Etiyolojisinde genellikle anatomik özelliklerin venöz yapılarıdaki basıncın artmasına ve venöz reflü oluşmasına neden olduğu ve bundan dolayı testiküler venlerde dilatasyon meydana geldiği düşünülmektedir. Başka bir teori varikoselli hastaların birinci derece akrabalarında %53 oranında varikosel görülmesidir, bu oran normal erkek popülasyonuna göre fazlasıyla yüksektir (*Raman ve ark, 2005*). Tedavide açık cerrahi (yüksek retroperitoneal, inguinal, subinguinal ve skrotal), radyolojik (skleroterapi veya embolizasyon) ve laparoskopik gibi yöntemler kullanılmakla birlikte varikoseli tedavisi için altın standart açık cerrahi yöntemidir (*Kadioğlu ve ark, 2004*).

2.5.2.6. Kriptorşidizm (İnmemiş testis)

Kriptorşidizm, erkeklerde en sık görülen konjenital defektir. Terminde doğan bebeklerde %3 ve pretermelerde %30 oranında en az bir testiste kriptorşidizm görülmektedir. Fakat bu vakaların çoğunda ilk altı ayda testis inmektedir, fakat %1'lik kısımda bu problem devam eder. Etiyolojik nedenleri arasında plasental ve maternal faktörler, çevresel faktörler (endokrin bozucular), gestasyonel diabet ve sigara gösterilebilir. Kriptorşidizm tedavi edilmezse infertilite problemleri, kanser, kasık fitiği ve psikolojik problemler gibi hastalıklara neden olmaktadır. Tedavi için testisin bir yaşından önce orşidopeksi olarak adlandırılan cerrahi bir yöntem ile skrotuma indirilmesi gerekmektedir (*Dündar, 2011; Boisen ve ark, 2004*).

2.5.2.7. Orşit

Orşit, testiste infiltrasyon olmasıdır. Sıklıkla epididimite (epididim inflamasyonu) beraber görülür. Nedenleri arasında kabakulak, otoimmün hastalıkları ve M. tüberkülozis sayılır. Bu hastalık, postpubertal erkeklerde kabakulak enfeksiyonunun %5-37 görülme oranı ile en yaygın komplikasyonudur. Bu vakalar %16-65 oranında bilateraldir. Bu hastağın en ciddi komplikasyonu testiküler atrofi riskidir. Orşitli hastaların %40-70'inde bu komplikasyon gelişir. Orşitten korunmak için kabakulak aşısı yaptırmak en iyi yoldur. Tedavi; yatak istirahati, analjezik kullanımı, skrotum elevasyonu ve testiküler atrofiyi önlemek için interferonun sistemik uygulanımını içerir. Kabakulak nedeniyle oluşacak morbiditeden sakınmada en iyi yol aşılınmadır (*Yurdakul ve Kılıç, 2007*).

2.5.4. Sebepsiz infertilite

Sebepsiz infertilite; ovulasyon testleri, tubal patolojileri değerlendiren testler ve semen analizi ile herhangi patoloji bulunamayan vakalarda fertilitenin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Sebepsiz infertilite yaklaşık % 20-30 oranında görülmektedir (*Kan ve ark, 2014*). Maheshwari ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada infertilite problemi ile kliniklere başvuran çiftlerde 35 yaşın altındaki kişilerde %21, 35 yaşın üstündeki kişilerde ise %26 oranında sebepsiz infertilite görüldüğü belirtilmiştir (*Maheshwari, 2008*). Sebepsiz fertilitenin etiyojisinde; endokrinolojik, immünolojik ve genetik faktörler gibi bir çok etken bulunmaktadır. Tedaviye öncelikle daha az maliyetli ve daha basit yöntemler ile başlanılmaktadır. Yöntemin başarısız olması

durumunda basamak basamak daha komplike tedavi yöntemine geçilmektedir. Tedavi için ilk yaklaşım yaşam tarzı değişikliğidir. Sonrasında hastanın yaşı ve over rezervi dikkate alınarak, öncelikle klomifen sitrat (CC) veya intrauterine inseminasyon (IUI) kombinasyonu yapılması önerilmektedir. Bu yöntemlere yanıt alınamaması durumunda gonadotropinlerin kullanıldığı siklusları takiben IVF tedavisi yapılması önerilmektedir (*Kan ve ark, 2014*).

2.6. İnfertilite tedavisi

İnfertilite problemi yaşayan çiftin tedavisi edilmesinde altın kural infertiliteye neden olan sebeplerin doğru bir şekilde tespit edilip etkin tedavinin uygulanmasıdır. Çiftlere test sonuçları açıklanarak farklı tedavi seçenekleri sunulmalıdır. İnfertilitede tıbbi tedaviye geçilmeden önce kadın ve erkeğin yaşam tarzındaki olumsuz alışkanlıkların değiştirilmesi sağlanmalıdır. Çiftlerden;

- Günlük egzersiz yapması
- Alkol, nikotin ve eğlence amaçlı kullanılan ilaçlardan uzak durması
- Beden kitle endeksine göre diyet uygulaması
- Spermisit kullanımında suda çözülenlerin tercih etmesi
- Yüksek skrotal sıcaklığı arttıran sıcak küvet banyoları veya saunalardan uzak durması Gevşeme, osteopati ve stres yönetimi (aromaterapi, yoga, meditasyon gibi) gibi rahatlatıcı programa dahil olması gibi alışkanlıklar edinmesi beklenir.

İnfertilite sebebi ovulasyondan kaynaklanan bir problem ise ovulasyonu uyaran ilaçlar kullanılır. İlacı almayı kabul etmeden önce kadına ilacın yararları ve yan etkileri anlatılmalıdır. İnfertilite nedeni uterus ve tüp anomalileri ise özel cerrahi teknikler uygulanarak tedavi edilir. Pelvik Enflamatuvar Hastalığa (PIH) bağlı oluşan pelvik yapışıklıklar için mikro cerrahi yöntemi kullanılabilir. İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi müdahalelerle fertil olması sağlanırken %10-15 lik kısım yardımcı üreme tekniklerinden yararlanmaktadır (*Coşkun, 2016; Arslan Özkan, 2019*).

2.7. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT)

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) 2012 yılında, yardımcı üreme tekniklerini hem yumurtanın hem de spermin işleminden geçmesiyle uygulanan doğurganlık tedavileri olarak tanımlamıştır. Yardımcı üreme teknikleri; infertilite problemini çözmek için geliştirmiş olan birçok yöntemi kapsamaktadır. Bu yöntemlerden hangisinin uygulanacağını belirlemek için; hastanın yaşı, infertilitenin nedeni ve süresi gibi etkenler dikkate alınması gerekmektedir (Arslan Özkan, 2019). En yaygın kullanılan yöntemler;

Intra uterin inseminasyon (IUI); İnfertilite problemi olan çiftlere birinci basamak olarak uygulanan yöntemdir. Maliyetinin düşük ve nispeten en az invaziv girişim gerektiren yöntem olması sebebiyle en avantajlı yöntemlerden biridir. İntrauterin inseminasyon işlemini uygulamak için progresif hareketli sperm elde etmek gerekmektedir. Laboratuvar ortamında özel aşamalardan geçirilip ayrıştırılan uygun sperm katater aracılığı ile uterusu transfer edilir. Bu yöntem ile gebelik %10-20 oranında görülmektedir. İntrauterin inseminasyon yöntemi; servikal stenoz, tubal açıklığı gösterilmiş ve değişken infertilite ilk tercih olarak kullanılan yardımcı üreme tekniğidir (Güven ve Günelp, 2008).

İnvitro fertilizasyon-embriyo transferi (IVF-ET); IVF işlemi, oosit ve sperm hücrelerinin laboratuvar ortamında tüp içinde fertilize edilip oluşan embriyonun uterusu transfer edilmesiyle yapılan üreme tekniğidir. Tubal faktör, endometriozis, erkek infertilitesi, sebepsiz infertilite ve immünolojik infertilite vakalarında kullanılan yardımcı üreme tekniğidir (Günelp ve ark, 2002; Smotrich ve ark, 1995).

Gamet intrafallopian transfer (GIFT); Bu işlemde oosit ve sperm hücreleri toplanarak bir araya getirilmekte ve laparoskopi ile tuba uterinanın ampuller kısmına transfer edilir. Bu yöntem için en az bir tane fallop tüpünün sağlıklı olması gerekmektedir. IVF ve ZIFT yöntemlerinden farkı fertilizasyonun fallop tüpünde gerçekleşmesidir. Tubal patolojinin olmadığı, sebepsiz infertilite ve erkek infertilite vakalarında kullanılmaktadır. IVF yönteminin yaygınlaşması ile kullanımı azalmıştır (Tıraş Aybar, 2006).

Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT); GIFT yöntemine benzer şekilde oosit ve sperm hücresinden invitro şartalarda elde edilen fertilize embriyonun laparoskopi ile

uterusa değil tüplere yerleştirilmesi işlemidir. İşlem için kadında mutlaka sağlam bir faalop tüpü olması gerekmektedir. Günümüzde kullanımı IVF yöntemine göre daha azdır (*Arslan Özkan, 2019*).

Intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI); Bu yöntemde cam bir pipet ile alınan tek bir spermatozoid matür oosit içine transfer edilmektedir. Çoğunlukla IVF ile birlikte kullanılmaktadır. Bu yöntemin IVF'den tek farkı, bu yöntemde her yumurta hücresine 100000 sperm verilmez. Erkek infertilite vakalarında kullanılmaktadır (*Tekşam ve ark, 2004*).

2.7.1. IVF-ET (In Vitro Fertilizasyon- Embriyo Transferi)

IVF-ET işlemi en çok bilinen ve yaygın olarak kullanılan yardımcı üreme tekniğidir. IVF kadının overlerinden bir ya da daha çok sayıda oosit hücresinin alınıp, erkekten alınan sperm hücresi ile laboratuvar ortamında fertilizasyon gerçekleştirilmesi işlemidir. Embriyo transferi ise bu embriyoların kadının rahmine yerleştirilmesidir. Bu yöntem fallop tüpleri tıkalı veya hasar görmüş kadınlara, endometriozisli vakalarda, azospermili veya sperme ait yapısal bozukluklara sahip erkeklere, sebepsiz infertilite vakalarına uygulanmaktadır (*Uysal, 2003*).

İlk olarak 1877 yılında Avustralyalı bilim adamı Shenk, oosit hücrelerini in vitro koşullarda fertilize etmeye yönelik çalışmalar yapmaya başlamıştır. Daha sonra 1950'lerde IVF denemeleri sıçanlar üzerinde yapılmıştır. 1976 yılına gelindiğinde 16 hücreli bir embriyo, transabdominal olarak uterusa yerleştirilmiş ve bunun sonucunda ektopik gebelik oluşmuştur. İlk başarılı IVF bebeği İngiltere'de 1978 yılında doktor Robert Edwards, Robert Steptoe ve hemşire Jean Purdy (ilk IVF hemşiresi)'nin ekip çalışması ile dünyaya gelmiştir. Bu olumlu sonuç ile infertilite için önemli bir gelişme sağlanmış ve IVF'e yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Ülkemizde ise başarılı IVF işlemi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Bunun işlem sonucunda 1989 yılında ilk IVF'li bebek dünyaya gelmiştir (*Bavister, 2002; Partovi Meran ve Kızılkaya Beji, 2016*).

IVF işlemi yumurta gelişimi, yumurtaların toplanması, döllenmesi ve embriyo transferinden oluşan bir süreçtir. Kişiyeye özgü protokoller uygulanarak kadının overlerindeki foliküllerin gelişimi sağlanır. Gelişen bu folliküller, transvajinal ultrason (TVUSG) yardımıyla aspire edilerek toplanır ve toplanan örnekten labatuvar

koşullarında oosit hücreleri ayrılır. Sonrasında ejakulattan veya testisten alınan sperm hücreleri ile standart inseminasyon (sperm parametreleri normale) veya ICSI işlemi yapılarak fertilizasyonun sağlanması gerçekleştirilir. Sağlıklı bir şekilde döllenmiş embriyolar 3-6 gün beklendikten sonra ince bir katater yardımıyla uterus kavite içine transfer edilir. İşlemden 12 gün sonra biyokimya testi (beta-hcg) ile gebelik oluşup oluşmadığına bakılır. Fazla olan embriyolar ise vitrifikasyon yöntemi ile dondurularak saklanır. Embriyo transfer sayısı Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde sınırlandırılmıştır. Buna göre 35 yaşın altındakilere tek, 35 yaşın üzerinelere iki embriyo transferi yapılmaktadır. Bunun nedeni IVF komplikasyonu olan çoğul gebelikten kaçınmaktır. Diğer IVF komplikasyonları ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS), anestezi ve cerrahi komplikasyonlarıdır. IVF işleminde gebelik oluşumunu etkileyen faktörler; hastaya ait nedenler, ilaçla stimülasyon, endometrium reseptivitesi, yumurta kalitesi, embriyo kalitesi, laboratuvar koşulları ve transfer teknikleri olarak sayılabilir (*Çetin ve Çetin, 2014; Uysal, 2003. Urman, 2008*).

2.8. İnfertilitenin ve infertilite tedavilerinin etkileri

Evlü bir çift açısından infertilite tanısı almak, beklenmedik ve yaşam kalitelerini azaltan bir durumdur. İnfertilite tedavilerinin pahalı, yorucu, zaman alıcı ve acı verici olması çiftler için stres, benlik saygısında azalma, depresif belirti ve bulgular, suçluluk, utanç ve cinsel fonksiyonlarında azalma gibi etkiler yaratmaktadır. İnfertiliteyi çiftler yaşamlarında aşılması gereken zor bir kriz dönemi olarak ifade etmektedir (*Dinçer ve ark, Erişim tarihi: 03.04.2019*).

Bireyler bu süreçte çoğu zaman kendini yetersiz ve suçlu hissetmektedir. Bu durum kişide anksiyete ve depresyona neden olmakla birlikte çoğunlukla cinsel disfonksiyon ile kendini göstermektedir. Tedavi sürecinde alınan ilaçların birçok yan etkisinin olması, çiftlerin mahrem olarak nitelendirdikleri cinsel hayatlarını sağlık çalışanlarına anlatması, işlemlerin ağırlı olması bireyler için infertilite tedavisini oldukça zorlaştırmaktadır (*Yanikkerem ve ark, 2008*).

İnfertilite probleminden sonra çiftler bebek sahibi olsalar bile çoğu zaman bu krizi aşmamaktadır. İnfertilite tedavileri sonucu oluşan çoğul gebelikler, tedavilerin pahalı ve yorucu olması, çoğul gebeliklere bağlı gelişen preterm eylem çiftler için daha fazla bakım, sosyal destek ve maddiyat gerektirmektedir (*Dinçer ve ark, Erişim tarihi: 03.04.2019*).

İnfertilitenin ve infertilite tedavilerinin tüm bu olumsuz etkileri düşünülünce bireylere medikal tedavinin yanı sıra stres ve kriz yönetimi, psikososyal danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi oldukça etkili olacaktır (*Karaca ve Ünsal, 2015*).

2.7. Araştırmanın hemşirelik için önemi

Gebelik kadının hayatında stresli ve karmaşık bir süreçtir. Gebeliğin getirdiği yük ile birlikte kadında kaygı, anksiyete ve endişe artarken, yaşam kalitesinde azalma meydana gelir. Gebelik döneminde psikososyal sağlık birçok yönden etkilenmektedir. Gebenin psikososyal sağlığını en önemli tehdit edici faktörler anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum korkusudur. İnfertilite için uygulanan tedavilerin yarattığı duygusal değişiklikler gebelik oluşsa bile hemen ortadan kalkmayabilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının IVF yöntemi ile gebe kalan bireylerin bu dönemlerinde fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de göz ardı etmeden yardımcı olmaları gerekmektedir. Bu çalışma ile IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların yaşadığı anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumları belirlenerek, sağlık profesyonellerinin konuya yönelik farkındalıklarının artırılacağı düşünülmektedir. Böylece kadınların gebelik ve gebelik sonrası dönemde sağlıklı bir süreç geçirmesi ve sağlıklı bebekler dünyaya getirmesi yönünden olumlu gelişmeler sağlanacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi ve deseni

Araştırma, IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde ve IVF Polikliniğinde yapılmıştır. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği; gebe polikliniği, jinekoloji polikliniği ve IVF polikliniği olarak üç bölümden oluşmaktadır. Gebe polikliniği; kayıt bölümü, bir gebe muayene odası, elektronik fetal monitorizasyonun yapıldığı bir tane Non-Stress Test (NST) odası, iki fetal ultrasonografi (USG) odası, bir emzirme odası ve gebe okulundan oluşmaktadır. Gebe polikliniğinde hafta içi 08.00 ve 17.00 saatleri arasında bir öğretim üyesi, üç uzman, bir uzmanlık öğrencisi ve iki hemşire tarafından yaklaşık 150 gebeye hizmet verilmektedir. IVF polikliniğinde hafta içi 08.00 ve 17.00 saatleri arasında bir öğretim üyesi, bir hemşire ve bir tıbbi sekreter tarafından IVF tedavisi yaptıracak veya yaptırmış gebelere hizmet verilmektedir.

Gebe polikliniğinde yapılan muayenede her gebenin hemşireler tarafından sosyo-demografik ve obstetrik öyküsü alınmakta, nabız, kan basıncı ve kilo ölçümü yapılmakta, 32 hafta ve üzerinde olan gebelere NST ölçümü yapılmakta ve ilgili doktora yönlendirilmekte, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. Ayrıca her Çarşamba 10.00 ve 12.00 saatleri arasında poliklinikte bulunan Gebe okulunda isteyen her gebeye gebelik, doğum, doğum sonu dönem, emzirme ve bebek bakımı hakkında eğitim verilmektedir.

Araştırma, etik kurul onayının alınmasına müteakip Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde ve IVF Polikliniğinde Mart ve Haziran 2019 tarihleri 08.00-17.00 saatleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, Mart ve Haziran 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğine ve IVF polikliniğine başvuran nullipar gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü %5 anlamlılık düzeyi, %80 güç ve yapılan çalışmaların ortalama ve standart sapmaları kullanılarak hesaplanan 0.80 etki büyüklüğü göz önünde bulundurularak e-picos istatistik güç analiz programı (<https://www.e-picos.com/apps/power/sscm>) kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplaması ile her grup için 61 kişi toplamda 122 kişi örnekleme oluşturacaktır.

3.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- T.C. vatandaşı olan
- Türkçe bilen
- 17-35 yaş arasında olan
- Konuşma ve duyma engeli olmayan
- Nullipar olan
- Gebeliği 28-40. gestasyonel haftalar arasında (üçüncü trimester) olan
- Gebeliğinde riskli durum yaşamayan
- Bilişsel fonksiyonlarının yerinde olan ve herhangi bir sistemik hastalığı olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- T.C vatandaşı olmayan
- Türkçe bilmeyen
- 17-35 yaş arasında olmayan
- Konuşma ve duyma engeline sahip olan
- Multipar olan
- Gebeliği 28. gestasyonel haftasından önce olan
- Gebeliğinde riskli durum yaşayan
- Bilişsel fonksiyonlarının yerinde olmayan ve herhangi bir sistemik hastalığı olan

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri toplama araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürler incelenerek oluşturulan Veri Toplama Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Doğum Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Veri toplama formu

Araştırmacı tarafından literatürler incelenerek hazırlanan veri toplama formu; gebelerin sosyodemografik özelliklerini inceleyen 14 ve obstetri öykülerini inceleyen 10 toplam 24 sorudan oluşmaktadır (*Artuvan, 2008; Benli, 2010; Çavuşoğlu, 2015; Çavuşoğlu ve Kızılkaya Beji, 2016; Bektaş Pardes, 2017*).

Sosyodemografik özellikler bölümü; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, ekonomik durumu, aile tipi, gebelik haftası, gebeliğin istemli olup olmama durumu, düşük sayısı, küretaj sayısı, geçirilmiş herhangi bir kadın hastalığı olup olmama durumu, sosyal destek durumu gibi özellikleri sorgulayan sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, Aaron Temkin Beck tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (*Beck ve ark, 1988*). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (*Ulusoy ve ark, 1998*). Beck Anksiyete Ölçeği, bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan ölçek, 0-3 arası puanlanan 4'lü likert tipi bir ölçektir. "0-Hiç", "1-Hafif düzeyde/Beni pek etkilemedi", "2-Orta düzeyde/Hoş değildi ama katlanabildim", "3-Ciddi düzeyde/Dayanmakta çok zorlandım" şeklinde ifade edilmektedir. Beck Anksiyete Ölçeği'nde bulunan maddelerde bireyin anksiyetenin subjektif, somatik ve panik durumu ile ilgili belirtileri tanımlanmaktadır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilmektedir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesi; "0-7 puan anksiyete belirtileri yok", "8-15 hafif düzeyde anksiyete", "16-25 orta düzeyde", "26-63 şiddetli düzeyde anksiyete" belirtileri şeklindedir. Ölçeğin Türkiye uyarlamasında Cronbach Alpha

değeri 0,93 olarak bildirilmiştir (*Beck ve ark, 1988; Hisli, 1989; Ulusoy ve ark, 1998*). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur.

3.6.3. WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği olan WHOQOL 100, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (*The WHOQOL Group, Erişim Tarihi: 10.04.2019*). Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL BREF) formu olmak üzere iki şekli vardır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (*Eser ve ark, 1999*). WHOQOL BREF, ölçeğin orijinal halindeki (WHOQOL 100) genel bölümünden iki, geri kalan 24 bölümünden ise birer soru alınarak oluşturulmuş toplam 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL BREF, “Bedensel Alan”, “Psikolojik Alan”, “Sosyal Alan” ve “Çevresel Alan” olmak üzere toplam 4 alandan oluşmaktadır (*The WHOQOL Group, Erişim Tarihi: 10.04.2019; Aydemir ve Köroğlu, 2007*). Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru Çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. (*The WHOQOL Group, Erişim Tarihi: 10.04.2019*). WHOQOL BREF Alanları ve İlgili Soru numaraları;

- Bedensel alan: 3,4,10,15,16,17,18
- Ruhsal alan: 5,6,7,11,19,26
- Sosyal ilişkiler alanı: 20,21,22
- Çevre alanı: 8,9,12,13,14,23,24,25
- Ulusal çevre alanı: 27 maddelerden oluşmaktadır.

WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi ölçeğinin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri “Bedensel Alan” için 0,83, “Ruhsal Alan” için 0,66, “Sosyal Alan” için 0,53, “Çevre Alanı” için 0,73 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan Pearson Korelasyon Katsayıları 0,57 ve 0,81 arasında değişmektedir (*Eser ve ark, 1999*). Bu çalışmada; WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları incelendiğinde; “Bedensel Alan” alt boyutu 0,61; “Ruhsal Alan” alt boyutu 0,61; “Sosyal Alan” alt boyutu 0,53 ve “Çevresel Alan” alt boyutu 0,69 olarak saptanmıştır.

3.6.4. Doğum Tutum Ölçeği

Doğum Tutum Ölçeği, 2000 yılında Nancy K. Lowe tarafından doğum korkusunu ölçmek için geliştirilmiştir (Lowe, 2000). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2014 yılında Dönmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dönmez ve ark, 2014). Doğum Tutum Ölçeği 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanları 16 maddenin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 1'den 4'e kadar numaralandırılmış olup 4'lü likert tiptedir. "1-Hiç kaygı yok", "2-Düşük kaygı", "3-Orta kaygı", "4-Yüksek kaygı" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte katılımcıların bu seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmekte ve her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekte minimum puan 16 iken, maksimum puan 64'tür. Ölçek toplam puanının yüksek olması yüksek kaygıyı göstermektedir. Ölçeğin Türkiye uyarlamasında Cronbach Alpha değeri 0,83 bulunmuştur (Dönmez ve ark, 2014). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin değerlendirilmesi

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız değişkenleri

Araştırmada kullanılan "Beck Anksiyete Ölçeği", "WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Doğum Tutum Ölçeği" ile elde edilen puan ve puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri ve gebelik durumları (IVF ve doğal gebe) çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7.2. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Araştırmanın istatistiksel analizi için IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı analizinde; sayı (n) ve yüzde (%), minimum-maksimum (min-max), ortanca (X_{ort}), ortalama±standart sapma ($\bar{X} \pm SS$) değerleri kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen veriler için non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar yaparken kesikli değişkenler için Fisher Exact Testi, İndependent Sample T testi veya Pearson Ki-kare Testi, sürekli değişkenler için Student t Testi, Mann-Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon Testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın uygulaması

Araştırmanın uygulanması, kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra Mart - Haziran 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe ve IVF Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırma, araştırmacı tarafından gebelik muayenesi için polikliniğe başvuran gebelerden, dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelere uygulanmıştır. Anket soruları, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında açıklama yapıp, rızaları alınarak ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Görüşme sırasında veri toplama formu, Beck Anksiyete Ölçeği, WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Doğum Tutum Ölçeği formları araştırmacı tarafından uygulanmıştır Katılımcılardan onam alınması ve anketlerin uygulanması 15-20 dk sürmüştür.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları ve karşılaşılan güçlükler

3.9.1. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Gebe ve IVF Polikliniğine başvuran ve örnekleme alma kriterlerine uygun gebe kadınlar ile sınırlıdır. Araştırma tek merkezli olarak yapılmıştır. Tüm IVF ve doğal gebelere genellenemez.

3.9.2. Araştırmanın güçlükleri

Araştırmanın yapıldığı yerde anketleri uygulamak için yeterli alan mevcut olmadığından dolayı katılımcılar ile yapılan görüşmeler hasta bekleme koridorunda yapılmıştır. Bundan dolayı bazı gebeler araştırmaya katılmak istememiştir.

3.10. Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'una ilgili prosedür sağlanarak yazılı olarak başvurulmuştur. 26.02.2019 tarihinde 46418926 sayılı "Etik Kurul" ve 25.04.2019 tarihinde 50687469-045.03.6338 sayılı "Tıpta Uzmanlık Etik Kurulu (TUEK)" onayı alınmıştır (Ek-5) (Ek-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmacı tarafından "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (EK-7) okutulmuş, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 61 IVF ve 61 doğal gebe toplam 122 kadının sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, “Beck Anksiyete Ölçeği”, “WHOQOL-BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Doğum Tutum Ölçeği” ile elde edilen verilerine yönelik bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

4.3. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

4.4. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

4.5. Gebelerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.6. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)		DOĞAL GEBE KALAN (n=61)		Z*	P
	Ortalama	±SS	Ortalama	±SS		
Yaş	32,16	2,54	29,47	3,99	-5,283	0,000
	n	%	n	%	χ²	P
Eğitim durumu*						
Lise mezunu	22	36,0	32	52,4	7,505	0,006
Lisans ve lisans üstü	38	62,2	19	31,1		
Çalışma durumu						
Evet	38	62,2	15	24,6	17,648	0,000
Hayır	23	37,8	46	75,4		
Eş eğitim durumu**						
Lise mezunu	13	21,3	26	42,6	8,983	0,003
Lisans ve lisans üstü	46	75,4	27	44,2		
Sosyal güvence durumu						
Evet	61	100	56	91,8	5,214	0,057f
Hayır	0	0	5	8,2		
Eş çalışma durumu						
Evet	61	100	57	93,4	4,136	0,119f
Hayır	0	0	4	6,6		
Aylık gelir durumu						
Gelir giderden az	28	46,0	6	9,8	21,063	0,000
Gelir gidere eşit	22	36,0	43	70,5		
Gelir giderden fazla	11	18,0	12	19,7		
Aile tipi						
Çekirdek aile	60	98,4	56	91,8	2,805	0,207f
Geniş aile	1	1,6	5	8,2		

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması (Devam)

	n	%	n	%	χ^2	P
Sigara kullanma durumu						
Evet	11	18	2	3,2	2,590	0,179f
Hayır	50	82	59	96,8		
Sosyal destek alma durumu						
Evet	26	42,6	7	11,4	14,996	0,000
Hayır	35	57,4	54	88,6		
Depresyon öykü durumu						
Evet	3	5,0	1	1,6	1,034	0,619f
Hayır	58	95,0	60	98,4		
Anksiyete yaşama durumu						
Evet	23	37,8	11	18	5,872	0,015
Hayır	38	62,2	50	82		
Günlük yaşam gereksinimlerini karşılama durumu						
Evet	25	41,0	46	75,4	16,733	0,000
Hayır	9	14,8	1	1,6		
Kısmen	27	44,2	14	23,0		

χ^2 =Pearson Ki-kare Testi

f=Fisher Exact Testi

*IVF' li gebelerde ilköğretim mezunu sayısı 1, normal gebelerde ise 10 olduğu belirlenmiştir. Bundan dolayı varsayımı sağlamak için analiz dışı tutulmuştur.

**IVF' li gebelerin eşlerinde ilköğretim mezunu sayısı 2, normal gebelerin eşlerinde ise 8 olduğu belirlenmiştir. Bundan dolayı varsayımı sağlamak için analiz dışı tutulmuştur.

Tablo 4.1'de IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. IVF gebelerin yaş ortalamaları $32,16 \pm 2,54$, doğal gebelerin yaş ortalamaları $29,47 \pm 3,99$ 'dur. Yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

IVF gebelerin %62,2'si lisans ve lisansüstü mezunu, doğal gebelerin ise %52,4'ü lise mezunudur. IVF'li gebelerin eşlerinin %75,4'ü lisans ve lisansüstü mezunu, doğal gebelerin eşlerinin %44,2'si lisans ve lisansüstü mezunudur. Eğitim açısından gruplar arası anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Her iki grupta da okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunları toplam sayısı 5'ten küçük olduğu için tabloda gösterilmemiştir.

IVF gebelerin %62,2'si çalışırken, doğal gebelerin %75,4'ü çalışmamaktadır. Gebelerin çalışma durumları açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

IVF gebelerin eşlerinin %100'ü, doğal gebelerin eşlerinin %93,4'ü çalışmaktadır. IVF gebelerin %100'ünün doğal gebelerin ise %91,8'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Her iki grupta da gebelerin eşlerinin tamamına yakını çalışmakta ve sosyal güvenceleri bulunmaktadır. Bu açılardan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

IVF gebelerin %23'ün aylık gelir durumunu "gelir giderken az" olarak, doğal gebelerin %35,2'si gelir durumunu "gelir gidere eşit" tanımlamaktadır. Aylık gelir durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

IVF gebelerin %98,4'ü, doğal gebelerin %91,8'i çekirdek ailede yaşamaktadır. Bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

IVF gebelerin %82'si, doğal gebelerin %98,82'si sigara kullanmamaktadır. Bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

IVF gebelerin %42,6'sı, doğal gebelerin %11,4'ü yakınlarından sosyal destek almaktadır. Sosyal destek alma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

IVF gebelerin %5'inin, doğal gebelerin %1,6'sının depresyon öyküsü bulunmaktadır. Depresyon öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

IVF gebelerin %37,8'i, doğal gebelerin %18'i gebeliklerinde anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete yaşama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)		DOĞAL GEBE KALAN (n=61)		Z*	P
	Ortalama	±SS	Ortalama	±SS		
Gebelik haftası	30,57	3,12	35,49	2,96	-6,757	0,000
	n	%	n	%	χ ²	P
Gebeliğin planlı olma durumu						
Evet	61	100	55	90,2	6,310	0,027f
Hayır	0	0	6	9,8		
Sigara kullanma durumu						
Evet	11	18	2	3,2	2,590	0,179f
Hayır	50	82	59	96,8		
Jinekolojik hastalık olma durumu*						
Evet	20	32,8	5	8,2	11,320	0,001
Hayır	41	67,2	56	91,8		
Daha önce düşük yapma durumu						
Evet	27	44,2	11	18,0	9,784	0,002
Hayır	34	55,8	50	82,0		
Daha önce küretaj olma durumu						
Evet	15	24,6	9	14,8	1,867	0,172
Hayır	46	75,4	52	85,2		
Sürekli ilaç kullanma durumu						
Evet	40	65,6	7	11,4	37,690	0,000
Hayır	21	34,4	54	88,6		
Gebelik ile ilgili eğitim alma durumu						
Evet	17	27,8	7	11,4	5,187	0,023
Hayır	44	72,2	54	88,6		

χ²=Pearson Ki-kare Testi

f=Fisher Exact Testi

* IVF'li gebelerin jinekolojik hastalık sayıları dağılımları; pkos:14, uterus anomalisi:1, fallop tüpü yapışıkları: 1, jinekolojik kanser:4'tür. Normal gebelerin jinekolojik hastalık sayıları dağılımları; pkos:4, fallop tüpü yapışıkları:1'dir.

Tablo 4.2'de IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. IVF gebelerin gebelik haftası ortalamaları 30,57±3,12, doğal gebelerin 35,49±2,96'dır. Gebelik haftaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

IVF gebelerin %32,8'inin geçirilmiş bir jinekolojik hastalığı vardır. Doğal gebelerin %91,8'inin geçirilmiş bir jinekolojik hastalığı bulunmamaktadır. Jinekolojik hastalık açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

IVF gebelerin %44,2'si, doğal gebelerin %19'i daha önce en az bir kez düşük yapmıştır. Düşük yapma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

IVF gebelerin %24,6'sı, doğal gebelerin %14,8'i daha önce en az bir kez küretaj olmuştur. Küretaj olma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

IVF gebelerin %65,6'sı sürekli ilaç kullanırken, doğal gebelerin %88,6'sı sürekli ilaç kullanmamaktadır. Sürekli ilaç kullanma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

IVF gebelerin %27,8'i, doğal gebelerin %11,4'ü gebelikle ilgili eğitim almıştır. Gebelikle ilgili eğitim alma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

4.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 4.3. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	IVF ile GEBE KALAN (n=61)		DOĞAL GEBE KALAN (n=61)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Belirti yok (0-7 puan)	2	3,3	16	26,2	17,209	0,001
Hafif düzeyde (8-15 puan)	35	57,4	24	39,3		
Orta düzeyde (16-25 puan)	14	23	18	29,5		
Şiddetli düzeyde (26-63 puan)	10	16,4	3	4,9		

χ^2 =Pearson Ki-kare Testi

Tablo 4.3’de IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların “Beck Anksiyete Ölçeği” puan düzeylerine göre dağılımları gösterilmiştir. IVF’li gebelerin %3,3’ü anksiyete belirtileri görülmezken, %57,4’ünde hafif düzeyde, %23’ünde orta düzeyde, %16,4’ünde şiddetli düzeyde anksiyete görülmektedir. Doğal gebelerin %26,2’sinde anksiyete belirtileri görülmezken, %29,3’ünde hafif düzeyde, %29,5’inde orta düzeyde, %4,9’ünde şiddetli düzeyde anksiyete görülmektedir. Beck anksiyete ölçek düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu fark IVF gebelerinin doğal gebelere göre daha fazla anksiyete yaşadığını göstermektedir.

4.3. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 4.4. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Ortalamaları

WHOQOL BREF (TR) ALT ÖLÇEKLER	IVF İle GEBE KALAN (n=61)			DOĞAL GEBE KALAN (n=61)			Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min-Max		
BEDENSEL ALAN	20,88±2,78	22,00	14-25	20,73 ±3,23	21,00	13-28	-0,577	0,564
RUHSAL ALAN	20,67 ±2,56	21,00	15-27	21,81 ±2,37	22,00	17-26	-2,648	0,008
SOSYAL ALAN	10,03 ±1,84	10,00	6-15	11,18 ±2,15	11,00	6-15	-2,968	0,003
ÇEVRESEL ALAN	31,24 ±2,94	31,00	24-39	32,73 ±4,33	32,00	22-42	-1,921	0,055

Mann Whitney U Test

Tablo 4.4’de IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların “WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi” Ölçeği alt boyutlarına göre puanları verilmiştir. IVF gebelerin “Bedensel alan” puanları 14-25 puan arasında, ortalama ve standart sapması $20,88 \pm 2,78$ ’dir; doğal gebelerin 13-28 puan arasında, ortalama ve standart sapması $20,73 \pm 3,23$ ’tür. Bedensel alanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Her iki gebe grubu arasında fark olmaması, bedensel anlamda yaşam kalitelerinin benzer olduğunu göstermektedir.

IVF gebelerin “Ruhsal Alan” puanları 15-27 puan arasında, ortalama ve standart sapması $20,67 \pm 2,56$ ’dır; doğal gebelerin 17-26 puan arasında, ortalama ve standart sapması $21,81 \pm 2,37$ ’dir. Ruhsal alanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu fark IVF gebelerinin doğal gebelere göre ruhsal anlamda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

IVF gebelerin “Sosyal Alan” puanları 6-15 puan arasında, standart sapması ortalama $10,03 \pm 1,84$ ’tür; doğal gebelerin 6-15 puan arasında, ortalama ve standart sapması $11,18 \pm 2,15$ ’tir. Sosyal alanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Bu fark IVF gebelerinin doğal gebelere göre sosyal anlamda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

IVF gebelerin “Çevresel Alan” puanları 24-39 puan arasında, ortalama ve standart sapması $31,24 \pm 2,94$ ’tür; doğal gebelerin 22-42 puan arasında, ortalama ve standart sapması $32,73 \pm 4,33$ ’tür. Çevresel alanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Her iki gebe grubu arasında fark olmaması, çevresel anlamda yaşam kalitelerinin benzer olduğunu göstermektedir.

4.4. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

Tablo 4.5. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ	IVF ile GEBE KALAN (n=61)			DOĞAL GEBE KALAN (n=61)			Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min-Max		
	40,31± 8,95	37,00	28-64	33,60± 10,03	35,00	16-56	-3,031	0,002

Mann Whitney U Test

Tablo 4.5’de IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların “Doğum Tutum Ölçeği” puan ortalamalarının ve ortancalarının dağılımı yer almaktadır. IVF gebelerin ölçek puanları 28-64 puan arasında, ortalama ve standart sapması 40,31±8,95 bulunmuştur. Doğal gebelerin ölçek puanları 16-56 puan arasında, ortalama ve standart sapması 33,60±10,03 bulunmuştur. Ölçek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu fark IVF gebelerinin doğal gebelere göre doğum tutumlarının daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

4.5. Gebelerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 4.6. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek ve Doğum Tutum Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)		DOĞAL GEBE KALAN (n=61)	
	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
	r	p	r	p
DOĞUM TUTUM ÖLÇEĞİ	0,428	0,001	0,394	0,002

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 4.6’da gebelerin “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Doğum Tutum Ölçeği” puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Anksiyete seviyeleri ile doğum tutumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde anksiyete ölçeği puanları ile doğum tutum ölçeği puanları arasında IVF gebelerde ($r=0,428$; $p:0,001$) ve doğal gebelerde ($r=0,394$; $p<0,005$) orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.7. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek ve WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)		DOĞAL GEBE KALAN (n=61)	
	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Anksiyete Ölçeği	
	r	p	r	p
BEDENSEL ALAN	-0,434	0,000	-0,258	0,045
RUHSAL ALAN	-0,050	0,704	-0,053	0,687
SOSYAL ALAN	-0,382	0,002	-0,191	0,141
ÇEVRESEL ALAN	-0,346	0,006	-0,228	0,077

Spearman Korelasyon Testi

Tablo 4.7’de gebelerin “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek” puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Anksiyete seviyeleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde IVF gebelerde anksiyete ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin “Bedensel Alan” ($r=-0,434$; $p:0,000$), “Sosyal Alan” ($r=-0,382$; $p<0,005$) ve “Çevresel Alan” ($r=-0,346$; $p<0,05$) puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doğal gebelerde ise anksiyete ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin “Bedensel Alan” ($r=-0,258$; $p<0,05$) puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

4.6. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)				DOĞAL GEBE KALAN (n=61)			
	Beck Anksiyete Ölçeği				Beck Anksiyete Ölçeği			
	r	p			r	p		
Yaş*	-0,143	0,262			-0,234	0,069		
Gebelik haftası*	-0,112	0,390			0,008	0,954		
	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p
Eğitim durumu**								
Lise mezunu	22	16,86±8,03			32	13,90±8,36		
Lisans ve lisans üstü	38	11,15±7,58	-0,139	0,890	19	11,68±4,70	1,060	0,001
Çalışma durumu**								
Evet	38	16,18±7,65			15	13,06±5,99		
Hayır	23	19,13±8,37	-1,406	0,165	46	12,93±5,59	0,055	0,956
Sosyal destek alma durumu**								
Evet	26	16,92±8,37			7	12,85±8,24		
Hayır	35	17,57±7,81	-0,311	0,757	54	13,05±8,02	-0,238	0,813

*Spearman Korelasyon Testi

**Independent Sample T testi

Tablo 4.8’de gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile “Beck Anksiyete Ölçeği” puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Doğal gebelerin eğitim durumu ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.9. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik özellikleri ile Doğum Tutum Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)				DOĞAL GEBE KALAN (n=61)			
	Doğum Tutum Ölçeği				Doğum Tutum Ölçeği			
	r	p			r	p		
Yaş*	0,002	0,985			0,225	0,041		
Gebelik haftası*	-0,166	0,200			-0,120	0,356		
	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p
Eğitim durumu**								
Lise mezunu	22	40,68±8,50			32	32,21±9,73		
Lisans ve lisans üstü	38	34,50±9,19	0,980	0,338	19	40,00±9,19	-1,305	0,201
Çalışma durumu**								
Evet	38	38,89±8,70			15	36,66±9,59		
Hayır	23	42,65±9,06	-1,609	0,113	46	32,60±10,11	1,366	0,177
Sosyal destek alma durumu**								
Evet	26	40,80±9,23			7	33,14±9,33		
Hayır	35	39,94±8,85	0,370	0,712	54	33,66±10,23	-0,129	0,898

*Spearman Korelasyon Testi

**Independent Sample T test

Tablo 4.9’da gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile “Doğum Tutum Ölçeği” puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Doğal gebelerin yaşları ile doğum ölçeği puanları ($r=-0,225$; $p<0,05$) arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.10. IVF Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	IVF ile GEBE KALAN (n=61)												
	BEDENSEL ALAN				RUHSAL ALAN			SOSYAL ALAN			ÇEVRESEL ALAN		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p			
Yaş*	0,128	0,326	-0,056	0,667	-0,115	0,379	0,322	0,011					
Gebelik haftası*	-0,017	0,897	0,247	0,045	-0,114	0,382	-0,074	0,571					
	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p
Eğitim durumu**													
Lise mezunu	22	20,40±2,87			19,72±2,16			9,77±1,57			31,09±3,39		
Lisans ve lisans üstü	38	21,26±2,68	-1,159	0,252	21,26±2,65	-2,302	0,025	10,23±1,97	-0,941	0,351	31,36±2,73	-0,346	0,730
Çalışma durumu**													
Evet	38	21,65±2,37			21,13±2,70			10,13±1,91			31,44±3,03		
Hayır	23	19,60±2,98	2,964	0,04	19,91±2,17	1,832	0,072	9,86±1,74	0,535	0,595	30,96±2,82	0,083	0,497
Sosyal destek alma durumu**													
Evet	26	22,38±1,89			21,15±2,66			10,26±1,88			30,88±2,64		
Hayır	35	19,77±2,82	4,073	0,000	20,31±2,7	1,270	0,209	9,85±1,81	0,861	0,392	31,51±3,16	-0,823	0,414

*Spearman Korelasyon Testi

**Independent Sample T test

Tablo 4.10’da IVF gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile “WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi” alt ölçek puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Gebelerin gebelik haftaları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Ruhsal Alan” puanları ($r=-0,247$; $p<0,05$) ile zayıf düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin yaşları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Çevresel Alan” puanları ($r=-0,322$; $p<0,05$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin eğitim durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Ruhsal Alan” puanları ($p<0,05$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin çalışma durumu ve sosyal destek alma durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Bedensel Alan” puanları ($p<0,05$) ($p=0,000$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.11. Doğal Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları ile Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	DOĞAL GEBE KALAN (n=61)												
	BEDENSEL ALAN			RUHSAL ALAN			SOSYAL ALAN			ÇEVRESEL ALAN			
	r	p		r	p		r	p		r	p		
Yaş*	-0,117	0,371		0,112	0,390		-0,243	0,049		0,068		0,600	
Gebelik haftası*	-0,042	0,747		-0,006	0,960		-0,038	0,768		0,130		0,318	
	n	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p	$\bar{X} \pm SS$	Z*	p
Eğitim durumu**													
Lise mezunu	22	21,25±3,24			22,25±2,40			10,93±2,06			32,59±4,70		
Lisans ve lisans üstü	38	20,63±2,09	0,700	0,487	21,26±2,25	1,447	0,154	11,47±2,48	-0,832	0,403	33,21±4,23	-0,467	0,642
Çalışma durumu**													
Evet	38	21,00±2,23			21,46±2,53			11,46±1,95			32,66±3,24		
Hayır	23	20,65±3,51	0,359	0,721	21,93±2,33	-0,661	0,511	11,08±2,22	0,589	0,558	32,76±4,67	-0,072	0,943
Sosyal destek alma durumu**													
Evet	26	21,00±1,52			21,85±2,73			11,14±2,54			34,57±4,50		
Hayır	35	20,70	0,226	0,011	21,85±2,34	0,044	0,965	11,18±2,12	-0,048	0,962	32,50±4,30	1,192	0,238

*Spearman Korelasyon Testi

**Independent Sample T testi

Tablo 4.11’de doğal gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile “WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi” alt ölçek puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Gebelerin yaşları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Sosyal Alan” puanları ($r=-0,243$; $p<0,05$) ile zayıf düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin sosyal destek alma durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde “Bedensel Alan” puanları ($p<0,05$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Gebelik kadının yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır. Kadının bu dönemde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler gebenin yaşam kalitesini etkilerken, gebelik ve doğuma ilişkin bilinmezlik ve bebeğe kötü bir şey olacağı düşüncesi gebede anksiyete ve korku oluşturmaktadır (*Özşahin ve ark, 2018; Dağlar ve ark, 2015*).

Günümüzde dünyada ve ülkemizde infertilite oranının artmış olduğu görülmektedir. Bu durumu yaşayan çiftler, infertiliteyi yaşamlarında önemli bir kriz olarak nitelendirmişler ve bu dönemde stres, anksiyete, duygulanım bozukluğu ve depresyon yaşadıkları literatürde yer almıştır. İnfertilite problemi yaşayan kişilerde gebelik oluşsa bile bu problemler devam etmektedir. Ayrıca ek olarak fizyolojik ve psikolojik olarak yorucu tedavilerden sonra oluşan gebelikte, kendisinin veya bebeğinin sağlığının bozulması ihtimali kadında gebeliğe ve doğuma ilişkin korku oluşturmaktadır (*Boz ve ark, 2018; Körükçü ve ark, 2017; Çavuşoğlu, ve Kızılkaya Beji, 2017*).

Bu bölümde IVF'li ve doğal gebelerin; anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını belirlemek için yapılan gruplar arası, karşılaştırılmalı ve tanımlayıcı çalışmanın bulguları 4 ana başlık altında tartışılmıştır.

- 5.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 5.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması
- 5.3. Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeğini Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması
- 5.4. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Dünyada modernleşme süreci ile kadınların eğitim seviyeleri ve çalışan kadın sayısı artmıştır. Bu durum kadınların sosyal yaşam değişikliklerine, günlük yaşamlarında daha fazla stresörle karşılaşmalarına, ileri yaş evliliklere ve çocuk sahibi olmayı ötelemelerine neden olmuştur (*Land ve Evers, 2003; Williams ve Sutcliffe, 2009*). Bu nedenlerle paralel olarak bu çalışmada IVF ve doğal gebelerin sosyal güvence, eş çalışma durumu, aile tipi, sigara kullanma alışkanlığı, küretaj öyküsü, depresyon öyküsü açısından benzerlik gösterirken; yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, anksiyete durumu, sosyal destek gibi sosyodemografik özellikler açısından farklılık gösterdiği söylenebilir.

İnfertilitenin nedenleri arasında gösterilen en önemli unsurlardan biri yaş faktörüdür. Artan yaşla birlikte kadınların over rezervinde azalma meydana gelir, primordiyal folikül sayısı düşer, oosit kalitesi bozulmaya başlar, implantasyon şansı azalır, embriyoda kromozomal anomali riski artar ve buna bağlı olarak düşük oranı artmaktadır (*Hendriks ve ark, 2005; Atherton ve Howel, 1995*). Yaşın ilerlemesiyle birlikte fertilitite oranında azalma görülür. İnfertilite görülme sıklıkları yaş grupları göz önüne alındığında; 25-29 yaş; %4-8, 30-34 yaş; %15-19, 35-39 yaş; %26-46, 40-45 yaşlarında ise %95'e kadar yükselen bir oran izleyebilmektedir (*Cevrioğlu, 2006*). Konuya ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında, infertilite tedavisi alan kadınların yaşlarının 30 ile 40 arasında değiştiği görülmektedir (*Çavuşoğlu, 2015; Benli, 2010*). Tunç (2014) tarafından yapılan bir başka çalışmada IVF ve doğal gebelerin yaş ortalamaları sırasıyla $32,2 \pm 6,06$ ve $28,7 \pm 5,84$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da IVF gebelerin yaş ortalamaları $32,16 \pm 2,54$ iken doğal gebelerde bu ortalamanın $29,47 \pm 3,99$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). IVF anne adayların yaş ortalamasının yüksek olmasının nedeni yapılan çalışmalarla benzer şekilde artan yaşın infertilite için yordayıcı bir faktör olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların anne olma yaşını etkileyen bir diğer faktör ise eğitim seviyesidir. Kariyer yapma ve daha iyi koşullarda yaşama isteği kadını eğitim süresini uzatmaya iter. Eğitim süresi uzadıkça kadınların daha geç yaşta evlendikleri ve daha geç çocuk sahibi oldukları görülmektedir (*Çetinoğlu ve ark, 2006; Tamay ve ark, 2011*). Gebelik yaşının artmasıyla infertilite problemleri de artmaktadır. Yapılan çalışmalarda infertilite

tedavisi alan anne adaylarının eğitim durumu incelendiğinde %40 ile %60 oranlarının lisans ve üzeri eğitime sahip oldukları tespit edilmiştir (Çavuşoğlu, 2015; Altıntop, 2018). Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde IVF gebelerin yarısından fazlası (%62.2) lisans ve üzeri eğitime sahip annelerden oluşmaktayken doğal gebelerde bu oran %31'dir (Tablo 4.1).

Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin ve çalışma durumunun birbirini etkileyen faktörler olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesine paralel olarak çalışma durumu da artmaktadır (Çavuşoğlu, 2015; Benli, 2010). Bu çalışmada IVF gebelerin %62,2'sinin çalıştığı, doğal gebelerin ise %24,6'sının çalıştığı görülmektedir. Çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$) (Tablo 4.1). Kadınların çalışma hayatında yerinin artması, kadının günlük yaşamında daha fazla stresörle karşılaşmasına, dolayısıyla anksiyete yaşamalarına neden olmuştur. Bununla birlikte infertilite problemi yaşayan kadınlarda tedavinin getirdiği güçlükler anksiyete yaşama olasılığını arttırmaktadır (Pıçakçıefe, 2010; Kaplan, 2018). Karlıdere ve arkadaşlarının 220 infertil çiftle yaptıkları çalışmada, hastaların %24,71'inde yaygın anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda infertil bireylerin daha fazla anksiyete yaşadığı görülmektedir (Çavuşoğlu, 2015; Benli, 2010). Bu çalışmada da IVF gebelerin %37,8'inin anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. Bu oranın doğal gebelerde daha düşük (%18) olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.1).

Günümüzde kadınların çalışma oranlarının artmasıyla daha geç yaşta evlenmeleri ve geç yaşta anne olmaları, jinekolojik hastalık öyküsü, infertilite sorunun varlığı "riskli gebelik" ve "kıymetli bebek" kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu durum infertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların ve hekimlerinin çoğunluğunun sezaryen ile doğumu tercih etmelerine neden olmaktadır, böylelikle gebelerin ortalama gebelik haftaları kısalabilmektedir (Özgüven ve Evruke, 2001; Ryding, 1993; Çağlayan ve ark, 2010). Bununla birlikte literatür incelendiğinde, gebelik yaşı ve eğitim seviyesi arttıkça sezaryen doğum oranının arttığı görülmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2008; Karabulutlu, 2012; Yaşar ve ark, 2007). Tunç (2014) tarafından IVF ve doğal gebelere yönelik yapılan bir başka çalışmada IVF gebelerde preterm eylem ve sezaryen doğum oranlarının doğal gebelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada IVF gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında doğal gebelere oranla istatistiksel açıdan anlamlılık gösteren bir düşme ortaya çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1).

Gebelerin klinik özellikleri incelendiğinde, IVF anne adaylarının jinekolojik hastalık geçirme ve düşük yapma yüzdeleri doğal gebelere göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Her iki grupta da en çok görülen jinekolojik hastalık IVF gebelerde %23, doğal gebelerde %6,6 oranı ile PKOS olarak tespit edilmiştir. Toplumumuzda kadın sağlığı sorunları içerisinde PKOS'un görülme sıklığı %6-10 arasında değişmekle birlikte, kadın infertilitesine en çok neden olan faktörlerden biri olarak işaret edilmektedir. PKOS'lu kadınlarda anovulasyon görülür ve bu durum kadında infertiliteye neden olmaktadır (*Kuşcu ve Göker Tamay, 2012; Kahyaoğlu ve ark, 2017*). Bu bilgiler ışığında çalışmada yer alan IVF gebelerde PKOS görülme oranının doğal gebelere göre yüksek çıkması hem istatistik hem de klinik açıdan anlamlılık taşımaktadır.

5.2. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

Gebelikle birlikte kadınların psikososyal sağlığı birçok yönden etkilenmektedir. Gebelikte meydana gelen hormonal sistem değişiklikleri; oksitosin, prolaktin ve kortizol hormon seviyelerinde artma, bu dönemdeki strese verilen tepkide değişiklik yaratmaktadır. İnfertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların, gebeliğe ve bebeğin sağlık durumuna karşı anksiyete ve endişe hissettiğini bilinmektedir. (*Williams ve Koran, 1997*). Yapılan çalışmalarda gebelikte anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların oranının %13 olduğu belirtilmektedir (*Buist ve ark, 2011; Ross ve ark, 2006; Vesga-Lopez, 2008*). Tekgöz ve arkadaşlarının (2009) bir çalışmasında gebelerin %36,5'inde anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmalar göz önüne alındığında, sağlık çalışanları tarafından gebelikte anksiyetenin dikkat edilmesi gerekliliğini vurgulanmaktadır. Arslan ve arkadaşlarının (2011) bu konuya ilişkin yaptığı bir çalışmada da gebelerin %28,8'inde anksiyete bulgularına rastlandığı bildirilmiştir. Benzer şekilde bir başka çalışmada da gebelerin yarısından fazlasında (%54) anksiyete bulguları saptandığı belirtilmiştir (*Lee ve ark, 2007*).

Doğal yolla gebe kalan kadınların yanı sıra infertil gebelerde de anksiyete belirtilerinin varlığı yüksek görülebilecek oranlarda karşımıza çıkabilmektedir. Hammarberg ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanların ve doğal yolla gebe kalanların anksiyeteleri karşılaştırılmış ve bebeğin hayatta kalmasına yönelik duyulan anksiyetenin üreme teknikleri ile gebe

kalanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Oddens ve arkadaşları (1999) tarafından Women's Health Questionnaire kullanılarak IVF tedavisi alan kadınlarla yapılan bir diğer çalışmada da IVF gebelerin anksiyete, depresyon ve dikkat konsantrasyon bozukluğu doğal gebelere göre yüksek çıkmıştır. Bu alanda yapılan benzer çalışmalarda da infertilite tedavisi sonrası gebe kalanların doğal yolla gebe kalanlara göre anksiyete seviyesinin yüksek olduğu görülebilmektedir (*Oddens ve ark, 1999; Aghanwa ve ark, 1999; Glover, 2002; Güz ve ark, 2003*).

Bu çalışmada IVF ve doğal gebelerin anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış ve IVF gebelerin %3,3'ünde anksiyete belirtisi bulunmazken, %57,4'ünde hafif olmakla birlikte %23'ünde orta, %16,4'ünde şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri bulunmuştur. Doğal gebelerde hafif ve şiddetli anksiyete oranları daha düşüktür (hafif anksiyete %39,3, şiddetli anksiyete %4,9) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Literatürle benzer bu sonucun IVF ile gebe kalan kadınların gebeliklerini ve bebeklerinin sağlığını sürdürebilme kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde yaşanan anksiyetenin anne ve bebek sağlığı, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, düşük, anne bebek bağlanmasının olumsuz olarak etkilenmesi ve yeterli emzirememe açılarından birçok risk taşıdığı görülmüştür (*Johnson ve Slade, 2003. Milgrom ve ark, 2008; Bergman ve ark, 2010; O'Connor ve ark, 2002; Stevenson Hinde, 2011*). Bu bağlamda anksiyete belirti ve bulgularının erken teşhis edilmesi, gebelerin perinatal dönemde taramaların yapılması ve anksiyetesi yüksek olan gebelerin yakın takip edilmesi; anksiyete bozukluklarının önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedaviye başlanması açılarından oldukça önemlidir.

5.3.Gebelerin WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

DSÖ yaşam kalitesini “bireylerin hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak, içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamaktadır (*WHO, Erişim Tarihi: 02.04.2019*). Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin genel yaşam kalitesini azalttığı, özellikle de son trimesterde ve postnatal dönemde fiziksel işlevsellik ve kişinin iyilik algısının gebelik öncesi döneme göre azaldığı bilinmektedir (*Gjerdingen ve ark, 1991; Mckee ve ark, 2001*).

İnfertilitede de tedavilerin zorluğu, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik yaratması ve ağırlı bir işlem olması gibi nedenlerle IVF gebelerinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Lau ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin infertilite algısının, infertilite probleminden dolayı bireyin baskıya uğraması ve çocuk doğurma isteğinin aşırı olması yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilediği bildirilmiştir. Bu çalışmada, her iki grupta da yer alan gebelerin yaşam kalitesi alt boyut puanlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Bununla birlikte doğal gebelerin yaşam kalitesinin IVF gebelerine göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Doğal gebelerin yaşam kalitesindeki bu fark “Ruhsal Alan” ve “Sosyal Alan” alt boyutlarında ($20,67 \pm 2,56$ ve $10,03 \pm 1,84$) istatistiksel anlamlılık gösterirken, “Bedensel Alan” ve “Çevresel Alan” alt boyutlarında ($20,73 \pm 3,23$ ve $32,73 \pm 4,33$) klinik anlamlılık düzeyinde kalmıştır. Bu farkın IVF gebelerin doğal gebelere göre anksiyete düzeyinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şahin ve Kılıçarslan (2010) tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin anksiyete puanları artarken yaşam kalitesi puanlarının düştüğü tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada da olumsuz obstetrik deneyimleri (düşük, başarısız infertilite tedavisi, jinekolojik hastalıklar) olan anne adaylarının anksiyete düzeyindeki artışla yaşam kalitesindeki düşüşün birlikte seyrettiği bildirilmiştir (Couto ve ark, 2009).

Onrat'ın (2018) bir çalışmasında da diğer sonuçlarla benzer şekilde yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ifade edilmiştir ($p < 0,05$). Yapılan çalışmalara benzer olarak bu çalışmada da IVF gebelerin anksiyete puanları yüksek, yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Bu düşüşün nedeninin stres, depresyon ve anksiyetin yaşam kalitesinin psikolojik belirleyicileri arasında yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Abbey ve Andrews, 1985) (Tablo 4.4).

5.4. Gebelerin Doğum Tutum Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

Doğum tutumu gebenin doğum eylemine yönelik oluşturduğu duygu, tutum ve davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır. Önceden gebelik deneyimi olmayan kadınların ilk gebeliklerinde bilinmeyene yönelik oluşabilen bu tutum, çoğunlukla korku şeklinde olabilmektedir (Kızılırmak, 2011). Yapılan çalışmalarda özellikle gebeliğin 28. haftasından sonra gebelikten yorulma ve bebeğini kucağına almak için sabırsızlık duygularıyla annenin bir an önce doğum yapma isteği bulunurken diğer taraftan da doğuma yönelik bilinmezlik, korku ve kaygı düzeylerinde artış görüldüğü

tespit edilmiştir (*Kitapçıoğlu ve ark, 2008; Güleç ve ark, 2014; Dönmez S ve ark, 2014*). Bu çalışmada olduğu gibi literatürde de gebelerin doğuma yönelik tutumlarını belirlemede yaygın olarak kullanılan “Doğum Tutum Ölçeği”nde ki puanlama 16 ile 63 arasında değişebilmekle birlikte her bir puan artışı yükselen kaygı düzeyine işaret etmektedir (*Dönmez ve ark, 2014*). Bektaş Pardes (2017) gebelerin doğum tutum ölçek puan ortalamalarının 36.36 ± 9.45 olduğunu bildirmiştir. Konuya ilişkin ülkemizde iki farklı şehirde yapılan bir çalışmada da gebelerin doğum tutum ölçek puan ortalamalarının sırasıyla $34,78 \pm 10,76$ ve $37,51 \pm 9,82$ olduğu bulunmuştur (*Artuvan, 2018*).

Doğal gebelerin doğuma ilişkin yaşadığı kaygı ve korkudan kaynaklanan olumsuz doğum tutumunun; infertilite tedavisi olarak gebe kalan IVF gebelerde daha yüksek olabileceği ön görülmektedir. İnfertilite tedavisi sırasında kadının yaşadığı stres, depresyon ve tedavi ile ilişkili bilinmezlik ve kaygı, gebelerde korku oluşumuna neden olabilmektedir (*Lalos ve ark, 1985*). Dornelles ve arkadaşları (2014) tarafından Brezilya’da infertilite tedavisi ile gebe kalan ve son trimesterde olan kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada gebeler korkularının; “bebeğin sağ kalımı”, “bebeğin sağlığı”, “annenin yeterliği” ve “doğum” konularına ilişkin olduğunu ifade etmiştir. Literatür incelendiğinde, infertilite tedavisi ile gebe kalan kadınların doğum tutumlarına yönelik çalışmalar oldukça kısıtlıdır. İlgili literatüre katkı sağlayacak bu çalışmada doğal gebelerin yanı sıra IVF gebelerin de doğum tutumu incelenmiş ve doğum tutumunun daha olumsuz olduğu bulunmuştur ($33,60 \pm 10,03$ ve $40,31 \pm 8,95$). Ölçek ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 4.5). IVF gebelerin doğum tutumlarının doğal gebelere göre daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu farkın çalışmada yer alan örneklem kısıtlılığından kaynaklı olabileceği gibi çalışmaya katılan IVF gebelerin uzun uğraşlar sonucunda sahip oldukları bebeklerinin sağlığına ilişkin korkularının, gebeliğe ilişkin bilinmezlik korkusuna üstün gelmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Doğuma ilişkin oluşturulan tutumu belirlemek gebelere verilen bakımın önemli bileşenlerinden birisidir. Doğum korkusu ve tutumu olumsuz olan gebelerin belirlenmesi ve bu soruna yönelik hemşirelik hizmetlerinin verilmesi büyük öneme sahiptir. Rouhe ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan primipar kadınlara yönelik çalışmada doğum ve doğum sonrasına yönelik verilen eğitim ile doğum korkusu yaşayan kadınların doğum tutumu, anne rolüne geçişi ve postpartum depresyon

durumları açısından olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir. Sydsjö ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir diğer çalışmada da sürekli hemşirelik hizmeti verilen kadınlar doğumlarını %90 oranla daha olumlu geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu kapsamda gebelerin doğum tutumlarının tespit edilmesi; hemşirelik hizmetleri kapsamında kişilere özgü bakım verilmesi ile kadınların gebelik, doğum ve sonrası dönemlerinin daha sağlıklı geçirmeleri açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

IVF ve doğal yollarla gebe kalan kadınların anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumlarını belirlemek için yapılan bu çalışmada;

- IVF gebelerin yaş ortalamalarının ($32,16 \pm 2,54$) doğal gebelere ($29,47 \pm 3,99$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).
- IVF gebelerin ve eşlerinin eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).
- Çalışma durumuna bakıldığında da IVF gebelerin yarısından fazlası (%62,2) çalışırken, doğal gebelerin $\frac{3}{4}$ 'ünün (%75,4) çalışmadığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).
- Gelir durumu açısından bakıldığında da IVF gebelerin %46'sının gelirlerinin giderlerinden az olduğu, doğal yolla gebelerin ise %70,5'inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu, bu açıdan doğal gebelerin gelir durumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).
- Çalışmada yer alan kadınlar klinik özellikler açısından incelendiğinde IVF gebelerin %32,8'inin jinekolojik hastalık geçirdiği ve en çok geçirilen jinekolojik hastalığın PKOS olduğu sonuçlara yansımıştır. Aynı şekilde bu gruptaki gebelerin doğal yolla gebe kalanlara göre daha fazla düşük yaptıkları da bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.2).
- IVF gebelerin ($30,57 \pm 3,12$) doğal gebelere ($35,49 \pm 2,96$) göre gebelik haftalarının daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2).
- IVF gebelerin doğal gebelere göre eşlerinden ve ailelerden anlamlı olarak daha fazla sosyal destek aldığı görülürken, her iki grubun da yarısından fazlasının yakınlarından sosyal destek almadığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).
- IVF'li gebelerin ve doğal gebelerin çoğunun sosyal güvencelerinin olduğu, eşlerinin çalıştığı, benzer aile tiplerinde yer almalarını yanı sıra sigara içmedikleri ve gebelik öncesi depresyon yaşamadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1).
- Her iki gruptaki gebelerin çoğunluğunun gebelikle ilgili eğitim almadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

- IVF gebelerin doğal gebelere göre daha fazla anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.1).
- IVF gebelerin doğal gebelere göre “Beck Anksiyete Ölçek” puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3).
- IVF gebelerin doğal gebelere göre “WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçek” alt boyutlarından ruhsal ve sosyal alan puanlarının daha düşük olduğu ($p<0,05$), dolayısıyla bu alanlarda yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha düşükken, aynı ölçeğin bedensel ve çevresel alanlarında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).
- IVF gebelerin doğal gebelere göre “Doğum Tutum Ölçek” puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5). Bu durum IVF gebelerin doğuma yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğunu göstermektedir.
- Gebelerin anksiyete seviyeleri ile doğum tutumları arasında orta düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Bu sonuç gebelerin anksiyete seviyelerinin arttıkça doğuma yönelik tutumlarının olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir.
- Gebelerin anksiyete seviyeleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelendiğinde IVF gebelerde anksiyete ölçek puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin “Bedensel Alan”, “Sosyal Alan” ve “Çevresel Alan” alt ölçek puanlarında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Bu sonuç IVF gebelerin anksiyete seviyelerinin arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir.
- Gebelerin anksiyete seviyeleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelendiğinde doğal gebelerde anksiyete ölçek puanları ile “Bedensel Alan” alt ölçek puanlarında orta düzeyde ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Bu sonuç doğal gebelerin anksiyete seviyelerinin arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir.
- Çalışmamızın sonucunda IVF gebelerin doğal gebelere göre anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve doğum tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Ayrıca gebelerin anksiyete seviyeleri arttıkça yaşam kalitelerinin ve doğum tutumlarının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ve sonuçlara göre;

- İnfertilitenin neden olduğu psikososyal sağlık problemleri gebelik gerçekleşse bile etkisini göstermeye devam edebilir. Bu açıdan sağlık profesyonelleri tarafından gebelerin anksiyete belirti ve bulgularının erken teşhis edilmesi, ayrıca gebelik süresince anksiyete nedenlerinin araştırılması,
- Sağlıklı bir gebelik geçirmeleri için, gebelere psikolojik ve sosyal destek verilmesi, yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulamalar yapılması,
- Gebelerin daha fazla sosyal destek almalarını sağlamak için, eşlerinin ve ailelerinin bu sürece dahil olmasının sağlanması,
- Gebelerin doğum süreci ve doğum sonrası dönem ile ilgili eğitimler verilmesi ve gebelerin katılımlarının sağlanması,
- Doğum tutumu olumsuz olan gebelere; postpartum depresyon riski, anne bebek bağlılığının ve anne rolüne geçişin sağlanması açısından sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirmelerin yapılması,
- Sağlık çalışanlarına doğum esnasında kişisel baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine ve kullanılmasına yardımcı olmaları,
- Sağlık profesyonelleri tarafından verilecek gebelik eğitiminde bu kişisel baş etme yöntemlerine yer verilmesi,
- Lisans eğitiminde anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumu kavramlarına ilişkin güncel bilginin sağlanması,
- Nitel veya karma (nitel/nicel) araştırmalarla gebelerinin bireysel deneyimlerinin derinlemesine araştırılması,
- Gelecek çalışmalarda daha geniş gebe popülasyonunda benzer araştırmaların yapılması ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abbaszadeh F, Bagheri A, ve Mehran N. Quality of Life Among Pregnant Women. *Hayat*. 2009; 15 (1): 41-48.
2. Abbey A, Andrews F M. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality. *Social Indicators Research*. 1985; 16: 1-34.
3. Affara NA, Mitchell MJ. The Role of Human and Mouse Y Chromosome Genes in Male Infertility. *J Endocrinol Invest*. 2000; 23: 630-645.
4. Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO. Sociodemographic Factors in Mental Disorders Associated with Infertility in Nigeria. *J Psychosom Res*. 1999; 46: 117-123.
5. Aksoy AN. Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Erzurum, *Odü Tıp Dergisi*. 2015; 2: 161-165.
6. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear Of Childbirth Before, During, And After Childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85: 56-62.
7. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterr J Clin Psychol*. 2013; 1(1): 1-18.
8. Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Aydın. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
9. Altıntop İ, Keskin B. İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejileri. *The Journal of International Social Research*. 2018; 11(5): 755-768.
10. Altuncu AG. Düşük Ovaryan Rezervli ve Polikistik Overli Hastalarda Anti-Müllerian Hormon, Bone Morfogenetik Protein-15 ve Brain-Derived Nörotropik Faktör Düzeylerinin Korelasyonu (Uzmanlık Tezi) Isparta. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi ,2015.
11. Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. İstanbul Bilim Üniversitesi, 2012.
12. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğit Hast Derg*. 2011; 21 (2): 79-84.
13. Arslan Özkan H. Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi. 2019. İstanbul.
14. Artuvan H. Son Trimestirdeki Gebelerin Doğum Tutumunun Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği (Yüksek Lisans Tezi). Manisa. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

15. Aslan Koşar P, Özçelik N. Erkek İnfertilitesinde Genetik Değerlendirme. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*. 2007; 14(3): 48-51.
16. Atherton F, Howel D. Psychological Morbidity and The Availability of Assisted Conception: A Group Comparison Study. *J Public Health Med*. 1995; 17(2): 157-160.
17. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği. 2007. Ankara.
18. Aydın Boylu A. Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi (Doktora Tezi). Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
19. Aydın Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 2016; 8 (15): 137-150.
20. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The Prevalence And Features of The Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 89: 2745-2749.
21. Bakshi R, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008; 10(1): 9.
22. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of Anxiety Disorders in The 21st Century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3): 327-335.
23. Baştu E, Mutlu MF, Serdaroğlu H. Endometriozis Tedavisinde Güncel Yaklaşım. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 75(4): 60-70.
24. Bavister, BD. Early History of İn Vitro Fertilization. *Reproduction*. 2002; 124: 181-196.
25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster R. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties, *J Consul Clin Psychol*. 1988; 56: 893-897.
26. Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması (Uzmanlık Tezi). İstanbul. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2008.
27. Bektaş Pardes B. Nullipar Gebelere Verilen Eğitim ve Danışmanlığın Doğum Korkusuna ve Doğuma Yönelik Tutuma Etkisinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara. 2017. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
28. Benli S. İnfertil Kadınlarda Depresyon Ve Anksiyete Durumu Ve İlişkili Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Konya. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
29. Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Maternal Prenatal Cortisol and İnfant Cognitive Development: Moderation by İnfant Mother Attachment. *Bio Psychiatry Elsevier*. 2010; 67: 1026-1032.
30. Boisen KA, Kaleva M, Main KM, Virtanen HE, Haavisto AM, Schmidt IM, Chellakooty M, Damgaard IN, Mau C, Reunanen M, Skakkebaek NE, Toppari J.

- Difference In Prevalence of Congenital Cryptorchidism In Infants Between Two Nordic Countries. *Lancet*. 2004; 363: 1264-1269.
31. Boybay KS, Dereli YS. Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı SosyoDemografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 31(2): 53-66.
 32. Boz İ, Özçetin E, Teskereci G. İnfertilitede Anne Olma: Kuramsal Bir Analiz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2018; 10(4): 506-521.
 33. Briceag I, Costache A, Purcarea VL, Cergan R, Dumitru M, Briceag I, Sajin M, Ispas AT. Current Management of Tubal Infertility: From Hysterosalpingography to Ultrasonography and Surgery. *Journal of Medicine and Life*. 2015; 8(2): 157-159.
 34. Brockington IF, Macdonald E, Wianscott G. Anxiety, Obsessions and Morbid Preoccupations in Pregnancy and The Puerperium. *Archives of Women's Mental Health*. 2006; 9: 253-263.
 35. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized Anxiety Disorder: Course and Risk Factors in Pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 277-283.
 36. Celia HY, Chan MSW, Ernest H, ve ark. Effectiveness of Psychosocial Group İntervention Forreducing Anxiety in Women Undergoing in Vitro fertilization: A Randomized Controlled Study. *Fertility and Sterility*. 2006; 85(2): 339-346.
 37. Cevrioğlu S. Ovaryan Rezerv Testleri. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı, Ankara-İstanbul. Güneş Kitabevi ltd. Şti, 2006: 1427-1432.
 38. Chandra A, Copen CE, Stephen EH. Infertility Service Use in The United States: Data From The National Survey of Family Growth, 1982-2010. *Natl Health Stat Report*. 2014; 73: 1-21.
 39. Chandra A, Stephen EH. Impaired Fecundity in The United States: 1982-1995. *Fam Plann Perspect*. 1998; 30(1): 34-42.
 40. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T. Women and Anxiety Disorder: Implications For Diagnosis and Treatment. *CNS Spectr*. 2004; 9: 1-16.
 41. Corpus SF, Opmeer BC, Van der Veen F. The Predictive Value Of Medical History Taking And Chlamidya Igg ELİSA Antibody Testing in The Selection of Subfertilite Women For Diagnostik Laparoscopy: A Clinical Prediction Model Aproach. *Human Reproduction*. 2007; 22: 1353-1358.
 42. Corson SL. Evaluation of The Subfertile Couple: The Fine Points. *Int J Fertil Womens Med*. 2001; 46(6): 309-314.
 43. Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları. 2016. İstanbul.

44. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, Junior RP. Quality of Life, Depression and Anxiety among Pregnant Women with Previous Adverse Pregnancy Outcomes. *Sao Paulo Medical Journal*. 2009; 127(4): 185-189.
45. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizde Üç Yıllık Sezaryen Oranı ve Endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2010; 27(2): 50-53.
46. Çavuşoğlu İ. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
47. Çavuşoğlu İ, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2016; 2(3): 77-84.
48. Çayan S, Kadioğlu A. Varikoselin Tanı Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Türk Üroloji Dergisi*. 2005; 31 (1): 57-63.
49. Çayan S. Varikoselin Güncel Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2017; 10(1): 28-31.
50. Çetin C, Çetin MT. Dünden Bugüne Yardımla Üreme Teknikleri. *Archives Medical Review Journal*. 2014; 23(1): 148-155.
51. Çetinoğlu EÇ, Canbaz S, Ağlan Z, Peşken Y. Samsun İl Merkezi 2004 Yılı İleri Yaş Gebelik Prevalansının Saptanması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*. 2006; 13(3): 167-170.
52. Çiçek MN, Mungan MT. Endometriozis, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. 1. Baskı, İstanbul. Güneş Tıp Evleri, 2007: 587-596.
53. Çınar Özdemir Ö, Sürmeli M, Özel Alp, Esin Yavuz İ, Topçuoğlu A. ve Ankaralı, H. Gebelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017; 22 (2): 95-102.
54. Çiçek Ö, Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2015; 8 (4): 263-268.
55. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *KASHED*. 2015; 2(1): 27-40.
56. Diamanti Kandarakis E, Dunaif A. Insulin Resistance and The Polycystic Ovary Syndrome Revisited: an Update on Mechanisms and Implications. *Endocr Rev*. 2012; 33(6): 981-1030.
57. Dinçer Y, Şanlı Y, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Erişim tarihi: 03.04.2019. https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_63_289_295.pdf.
58. Dornelles LM, MacCallum F, Lopes RC, Piccinini CA, Passos EP. The Experience of Pregnancy Resulting From Assisted Reproductive Technology (Art) Treatment: A Qualitative Brazilian Study. *Women Birth*. 2016; 29: 123-127.

59. Doğan Durdağ G, Berker B. Over Rezervinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2008; 18: 254-265.
60. Dönmez S, Dağ H, Çelik N, Yeniel ÖA, Kavlak O. Doğum Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2014; 24(4): 212-218.
61. Dündar BN. Sık Görülen Genital Sistem Yapısal Farklılıkları: Kriptorşidizm (İnmemiş Testis). *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci.* 2011; 7(3): 65-76.
62. Erden A. Uterovajinal Anomaliler. *Türk Radyoloji Seminerleri.* 2015; 3: 36-46.
63. Ender Yumru A, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. *JAREM.* 2011; 1: 57-60.
64. Eser A, Bostancı Ergen E. Hipogonadotropik Hipogonadizm Olgularında İnfertilite Tedavisi Sonuçları. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi.* 2016; 13(4): 160-163.
65. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL BREF'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi.* 1999; 7: 23-40.
66. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, Olive D, Samuels S, Vercellini P. Validation Study of Nonsurgical Diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril.* 2001; 76: 929-935.
67. Fatemeh R, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional Adjustment in Infertile Couples: Systematic Review Article. *Iranian Journal of Reproductive Medicine.* 2009; 7: 97-103.
68. Female Age-related Fertility Decline. Committee Opinion No. 589. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 719-721.
69. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck. Pre and Postpartum Levels of Childbirth Fear and The Relationship to Birth Outcomes in A Cohort Of Australian Women. *Journal of Clinical Nursing.* 2009; 18: 667-677.
70. Fenwick, J, Gamble J, Creedy DK ve ark. Study Protocol for Reducing Childbirth Fear: A Midwife-led Psycho-education Intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 2013; 13: 190.
71. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, ve ark. Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome. *Infant Behav Dev Elsevier.* 2010; 33: 23-29.
72. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating Patient Based Outcome Measures for Use in Clinical Trials. *Health Technol Assess.* 1998; 2(14): 1-74.
73. Ganapathy T. Tokophobia Among First Time Expectant Fathers. *International Journal of Psychiatric Nursing.* 2015; 1(1): 99-106.
74. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear Of Childbirth During Pregnancy: A Study Of More Than 8000 Pregnant Women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002; 23(4): 229-235.

75. Ghadir S, Ambartsumyan G, DeCherney A. (2014). Infertility. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Current Diagnosis & Treatment Obstetrics &.
76. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004; 364: 1789-1799.
77. Gjerdingen D, Froberg DG, Fontaine P. The Effects of Social Support on Women's Health During Pregnancy, Labor and Delivery, and The Postpartum Period. *Family Medicine*. 1991; 23: 370-375.
78. Glover V, O'Connor TG. Effects of Antenatal Stress and Anxiety: Implications for Development and Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 180: 389-391.
79. Gökçe A. Dünya Sağlık Örgütü Kriterlerine Göre Standart Semen Analizi. *Türk Urol Sem*. 2011; 2: 1-7.
80. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *H.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2008; 15(2): 32-46.
81. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *E.Ü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2014; 24(1): 36-41.
82. Günalp S, Aktan E, Yücel A. WHO laboratuvar el kitabı: insan semeni ve sperm servikal mukus etkileşimi değerlendirilmesi. 4. Baskı, Ankara. Tıp Teknik Yayınevi, 2002: 60-61.
83. Güven S, Günalp S. İntrauterin İnseminasyon. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2008; 1(1):67-77.
84. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric Symptoms in Turkish Infertile Women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003; 24: 267-271.
85. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. 2008. Erişim Tarihi:06.05.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/turkiyede_dogurganlik_ureme_sagligi_yaslilik_160910.pdf.
86. Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and Social Aspects of Pregnancy, Childbirth and Early Parenting After Assisted Conception: A Systematic Review. *Hum Reprod Update*. 2008; 14(5): 395-414.
87. Henderson J, Redshaw M. Anxiety in The Perinatal Period: Antenatal and Postnatal Influences and Women's Experience Of Care. *J Reprod Infant Psychol*. 2013; 31: 465-478.
88. Hendriks DJ, Broekmans FJ, Bancsi F, Looman CW, De Jong FH, Te Velde ER. Single and Repeated GnRH Agonist Stimulation Tests Compared With Basal Markers of Ovarian Reserve in the Prediction of Outcome in IVF. *J Assist Reprod Genet*. 2005; 22: 65-73.

89. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and The Postpartum in A Community Sample. *J Affect Disord Elsevier*. 2004; 80: 65-73.
90. Herrmann D, Scherg H, Verres R, Von Hagens C, Strowitzki T, Wischmann T. Resilience in Infertile Couples Acts as A Protective Factor Against Infertility-Specific Distress and Impaired Quality of Life. *J Assist Reprod Genet*. 2011; 28: 1111-1117.
91. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989, 23: 3-13.
92. Hueston WJ, Kasik Miller S. Changes in Functional Health Status During Normal Pregnancy. *J Fam Pract*. 1998; 47: 209-212.
93. Hunter L, Bormann J, Belding W, Sobo EJ, Axman L, Reseter BK, Hanson SM, Anderson VM. Satisfaction and Use of A Spiritually Based Mantram Intervention for Childbirth-Related Fears in Couples. *Applied Nursing Research*. 2011; 3: 138-146.
94. Ip WY, Tang C, Goggins WB. An Educational Intervention to Improve Women's Ability To Cope with Childbirth. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 2125-2135.
95. Jarrow JP. Transrectal Ultrasonography of Infertile Men. *Fertility and Sterility*. 1993; 60: 1035-1039.
96. Jayaprakasan K, Campbell B, Hopkisson J, Johnson I, Raine Fenning N. A Prospective, Comparative Analysis of Anti-Mullerian Hormone, İnhibin-B, and Three-Dimensional Ultrasound Determinants of Ovarian Reserve in The Prediction of Poor Response to Controlled Ovarian Stimulation. *Fertility and Sterility*. 2010; 93: 855-864
97. Johnson RC, Slade P. Obstetric Complications and Anxiety During Pregnancy: Is There A Relationship? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003; 24: 1-14.
98. Kadıhasanoğlu M, Kendirci M. Yaşam Biçimi ve İnfertilite İçinde: Erkek Üreme Sistemi Hastalıkları ve Tedavisi. İstanbul Tıp Kitapevi. 2013. İstanbul.
99. Kadioğlu A, Çayan S, Aydos K, Aşçı R, Alıcı B. Türk Androloji Derneği Varikosel kılavuzu. *Türk Androloji Derneği yayını*. 2004; 1-15.
100. Kahyaoğlu S, Gülerman HC, Özakşit MG, Yılmaz N, Seçkin B, Özgü-Erdinç AS, Taşçı Y, Yeşilyurt H, Yumuşak ÖH, Engin Üstün Y. İnfertil Hastalarda Değerlendirme Ve Yönetim: Bir Derleme Makalesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017; 14(3): 138-145.
101. Kahyaoğlu Süt H, Balkanlı Kaplan P. Quality of Life in Women With Infertility Via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing and Health Sciences*. 2014; 17: 84-89.
102. Kalaycı Yiğın A, Gökçe A. Y Kromozomu Mikrodelesyonları ve Erkek İnfertilitesi. *Androloji Bülteni*. 2016; 18(65): 126-129.
103. Kan Ö, Alkılıç A, Yüce T, Berker B. Açıklanamayan İnfertilitede Yönetim. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2014; 23(3): 506-518.

104. Kaplan E. İnfertil Bireylerde Stres ve Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları. *Androl Bul.* 2018; 20: 61-64.
105. Karabulutlu, Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012; 20(3): 210-218.
106. Karaca A, Ünsal G. İnfertil Kadınların İnfertiliye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi.* 2015;12(2): 126-132.
107. Karaer K, Kozan S, Torun D, Kaya H, Rosti RÖ, Güran Ş, Bahçe M. Dismorfik Yüz Görünümü, Neonatal Hipotonisitesi Ve Beslenme Problemi Olan Olguda Erken Dönem Prader Willi Sendromu Tanısı. *Cumhuriyet Tıp Derg.* 2011; 33: 101-105.
108. Karakayalı Ç. Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ile İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
109. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçügil L, Özmenler N, Özşahin A. Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007; 18(4): 311-322.
110. Keskin G. Doğal Ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
111. Kızılırmak, A. Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi (Doktora Tezi). Kayseri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
112. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Öneroğlu LS. Erkeğe Bağlı İnfertilite Androloji. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* Ankara 1996: 1119-1287.
113. Kitapçioğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008; 9(1): 47-54.
114. Koçak M, Dilbaz BÖ, Çalışkan E, Haberal A. İnfertil Olgularda Over Rezervinin Değerlendirilmesinde Değişik Parametrelerin Karşılaştırılması. *T Klin J Gynecol Obst.* 1999; 9: 253-258.
115. Kontoravdis A, Makrakis E, Pantos K, Botsis D, Deligeoroglou E, Creatsas G. Proximal Tubal Occlusion and Salpingectomy Result in Similar Improvement In Vitro Fertilization Outcome in Patients With Hydrosalpinx. *Fertility and Sterility.* 2006; 86: 1642-1649.
116. Körükcü HÖ. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması (Yüksek Lisans Tezi) Antalya. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

117. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Clin Exp Health Sci*. 2017. Erişim tarihi: 04.05.2019. <https://www.researchgate.net/publication/318502668>.
118. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001; 23(1): 61-64.
119. Kuş, C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
120. Kuşcu KN, Göker-Tamay A, Polikistik Over Sendromlu İnfertil Hastaya Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*. 2012; 5(2): 65-72.
121. Lalos A, Lalos O, Jacobsson L. Psychological Reactions to The Medical Investigation and Surgical Treatment of İnfertility. *Gynecol Obstet Invest*. 1985; 20: 209-217.
122. La Marca A, Sunkara SK. Individualization of Controlled Ovarian Stimulation in Ivf Using Ovarian Reserve Markers: From Theory to Practice. *Hum Reprod Update*. 2014; 26: 124-140.
123. Land JA, Evers JL. Risks and Complications in Assisted Reproduction Techniques: Report of an ESHRE Consensus Meeting. *Hum Reprod*. 2003; 18(2): 455-457.
124. Lau JTF, Wang Q, Cheng Y, Kim JH, Yang X, Tsu HY. Infertility-Related Perceptions and Responses and Their Associations with Quality of Life Among Rural Chinese Infertile Couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008; 34: 248-267.
125. Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Özyeterlilik Algısının Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
126. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM. Prevalance, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetric Gynecol*. 2007; 110: 1102-1112.
127. Lowe NK. Self-efficacy for Labor and Childbirth Fears in Nulliparous Pregnant Women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000; 21(4): 219-224.
128. Luciano AA, Peluso J, Koch EI, Maier D, Kuslis S, Davison E. Temporal Relationship and Reliability of The Clinical, Hormonal, and Ultrasonographic İndices of Ovulation in İnfertile Women. *Obstet Gynecol*. 1990; 75: 412-416.
129. Maheshwari A, Hamilton M, Bhattacharya S. Effect of Female Age on The Diagnostic Categories of İnfertility. *Hum Reprod*. 2008; 23: 538-542.
130. Malkina Pykh IG. Rhythmic Movement Psychotherapy. St Petersburg. INENCO Center of RAS, 2001.
131. Mamuk R, Davas NI. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2010; 44(3): 137-144.

132. Mark HFL, Sigman M. Cytogenetics of Male Infertility. In: Medical Cytogenetics. 1st. Edition, New York. Marcel Dekker, 2000: 247-273.
133. Mccubin JA, Lawson EJ, Cox S, Sherman JJ, Norton JA, Read JA. Prenatal Maternal Blood Pressure Response to Stress Predicts Birth Weight and Gestational Age: A Preliminary study. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175: 706-712.
134. Melender HL. Fears and Coping Strategies Associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *Journal of Midwifery and Women's Health.* 2002; 47(4): 256-263.
135. Mete S, İsbir GG, Çeçe Ö, Tokat MA. Doğuma Hazırlık Sınıfının Doğum Korkusuna, Doğuma Hazır Oluşluğa ve Doğum Şekli Tercihine Etkisi. 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Kongre Kitabı. 2013. İstanbul.
136. Milgrom J, Gemmill A.W, Bilszta JL, ve ark. Antenatal Risk Factors for Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *J Affect Disord.* 2008; 108: 147-157.
137. Miller PB, Soules MR. The usefulness of a urinary LH kit for ovulation prediction during menstrual cycles of normal women. *Obstet Gynecol.* 1996 Jan; 87(1): 13-17.
138. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and Infertility in The United States: Incidence and Trends. *Fertility and Sterility.* 1991; 56 (2): 192-193.
139. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi, Uroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. *Uroonkoloji Bülteni.* 2005; 1: 25-29.
140. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self Reported Fear of Childbirth and Its Association with Women's Birth Experience and Mode of Delivery: A Longitudinal Population-Based Study. *Women and Birth.* 2011; 10: 1016.
141. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal Antenatal Anxiety and Children's Behavioural/Emotional Problems at 4 Years. *Br J Psychiatry RCP.* 2002; 180: 502-508.
142. Oddens BJ, Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychological Experiences in Women Facing Fertility Problems: A Comparative Survey. *Hum Reprod.* 1999; 14: 255-261.
143. Okumuş, H, Serçekuş F. Fears Associated with Childbirth Among Nulliparous Women in Turkey. *Midwifery.* 2009; 25: 155-162.
144. Onrat T. Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
145. Otchet F, Carey MS, Adam L. General Health and Psychological Symptom Status in Pregnancy and The Puerperium: What is Normal?. *Obstet Gynecol.* 1999; 94: 935-941.
146. Öktem Ö, Urman B, Reprodüktif Yaşam Siklusu: Folikülogenez ve Menstruasyon. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi.* 2012; 9(1): 1- 24.
147. Özçelik, U. Erişkinlerde Kistik Fibrozis. *Toraks Dergisi.* 2004; 5(1): 8-18.

148. Özgünen T, Evruke C. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri. 2001. İstanbul.
149. Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç. Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Jour Turk Fam Phy*. 2018; 9 (2): 34-46.
150. Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
151. Partovi Meran HE, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Hemşireliğinin Tarihçesi. *Androloji Bülteni*. 2016; 18(64): 60-64.
152. Pıçakçıefe M. Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. *AF Prev Med Bull*. 2010; 9 (4): 367-374.
153. Raman JD, Walmsley K, Goldstein M. Inheritance of Varicoceles. *Urology*. 2005; 65: 1186-1189.
154. Ross LE, McLean, LM, Psych C. Anxiety Disorders During Pregnancy and The Postpartum Period: A Systematic Review. *Depression*. 2006; 6: 1-14.
155. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 Consensus on Diagnostic Criteria and Long-Term Health Risks Related to Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Hum Reprod*. 2004; 19: 41-47.
156. Rouhe H. Fear of Childbirth. Finland. Academic Dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Helsinki Unigrafia,2015.
157. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding E, Saisto T. Group Psychoeducation With Relaxation For Severe Fear of Childbirth Improves Maternal Adjustment and Childbirth Experience – A Randomised Controlled Trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2015; 36(1): 1-9.
158. Rustamov O, Pemberton PW, Roberts SA, Smith A, Yates AP, Patchava SD, Nardo LG. The Reproducibility of Serum Anti-Mullerian Hormone in Subfertilite Women: Within And Between Patient Variability. *Fertility and Sterility*. 2011; 95(3): 1185-1187.
159. Ryding EL. Investigation of 33 Woman Who Demanded A Cesarean Section for Personal Reasons. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica*. 1993; 72: 280-285.
160. Sahmay S, Cetin M, Ocal P, Kaleli S, Senol H, Birol F, Irez T. Serum Anti- Mullerian Hormone Level As Predictor of Poor Ovarian Response in Vitro Fertilization Patients. *Reproductive Medicine Biology*. 2011; 10(1): 9-14.
161. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of Childbirth: a Neglected Dilemma. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*. 2003; 82: 201-208.
162. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesma E. Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2001; 108(5): 492-498.

163. Sayiner D, Özerdoğan N. Normal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 3(2): 143-149.
164. Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. Theobstetrical and Postpartum Benefits of Continuoussupport During Childbirth. *Journal of Womens Health*. 1999; 8(10): 1257-1264.
165. Scott RT, Toner JP, Muasher SJ, Oehninger S, Robinson S, Rosenwaks Z. Follicle-Stimulating Hormone Levels on Cycle Day 3 Are Predictive of İn Vitro Fertilization Outcome. *Fertility and Sterility*. 1989;51: 651-654.
166. Serçekuş P. Doğum Korkusuna Müdahale, Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2011; 10: 239-242.
167. Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
168. Serçekuş P, Mete S. Effects of Antenatal Education on Maternal Prenatal and Postpartum Adaptation. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66 (5): 999-1010.
169. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in Pregnancy: Prevalence and Associated Factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: 1-8.
170. Singh S, Bhandari S, Agarwal P, Chittawar P, Thakur R. Chlamydia Antibody Testing Helps in Identifying Females With Possible Tubal Factor İnfertility. *Int J Reprod*. 2016; 14(3): 187-192.
171. Sinha P, Kuruba N. Premature Ovarian Failure. *J Obstet Gynaecol*. 2007; 27: 16.
172. Smotrich DB, Widra EA, Gindoff PR, Levy MJ, Hall JL, Stillman RJ. Prognostic Value of Day 3 Estradiol on in Vitro Fertilization Outcome. *Fertility and Sterility*. 1995; 64: 1136-1140.
173. Somigliana E, Vercellini P, Viganò P, Benaglia L, Crosignani PG, Fedele L. Non-Invasive Diagnosis of Endometriosis: The Goal or Own Goal? *Hum Reprod*. 2010; 25: 1863-1868.
174. Sperroff L, Fritz MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve infertilite Kadın Kadın infertilitesi. Güneş Tıp Kitapevleri. 2007. Ankara.
175. Stevenson Hinde J, Shouldice A, Chicot R. Maternal Anxiety, Behavioral İnhibition, and Attachment. *Attach Hum Dev Routledge*. 2011; 13: 199-215.
176. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of Continuous Midwifery Labour Support for Women with Severe Fear of Childbirth. *Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15: 115.
177. Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents Of Childbirth-Related Fear Among Couples Wishing The Partner's Presence At Delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 19: 38-43.

178. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 27(1): 51-58.
179. Şahin Köybaşı E, Yeşiltepe Oskay Ü. Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Gülhane Tıp Derg*. 2017; 59: 1-5.
180. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Bülteni*. 2009; 2(40): 57-62.
181. Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2014; 22(1): 17-24.
182. Tamay AG, Güvenal T, Özgür N, Koltan SO, Koyuncu FM. Retrospective Analysis of Advanced Maternal Age Pregnancies. *Gynecol Obstet Reprod Med*. 2011; 17(2): 83-6.
183. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014. Ankara.
184. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2009; 13(3): 132-136.
185. Tekşam Ö, Saygan Karamürsel B, Yurdakök M, Korkmaz A, Yiğit Ş, Tekinalp G, Aksu T, Önderoğlu L. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu ile Doğan Bebeklerde Konjenital Anomali Sıklığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004; 47: 92-95.
186. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28: 551-558. Erişim Tarihi: 10.04.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>.
187. Tıraş MB, Aybar F. İnvitro Fertilizasyon (ıVF)-intrasitoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI) Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri, J Surg Med Sci*. 2006; 2(5): 37-41.
188. Torlak SE, Yavuzçehre P. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 2008; 17 (2): 23-44.
189. Tunç Ş. Spontan Yoldan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Hastaların Maternal, Fetal ve Perinatal Özelliklerinin Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Malatya. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2014.
190. Türk Dil Kurumu. Tutum Kelimesinin Anlamı. Erişim tarihi: 04.05.2019. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=TUTUM.
191. Türk Toraks Derneği Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavi Rehberi. *Türk Toraks Dergisi*. 2011; 12(2): 1-140.
192. Türkeri L. Üroonkoloji Derneği 2004 Yılı Güz Dönemi Bilimsel Toplantısı. *Üroonkoloji Bülteni*. 2005; 1: 25-29.
193. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2): 54-58.

194. Uçar T, Mutlucan UO, Göksu E, Taçoy Ş, Kazan S, Çubukçu Fırat S. Laurence-Moon-Bardet-Biedl Sendromunda Spinal Stenoza Bağlı Paraparezi: Olgu Sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2012; 22 (1): 26-29.
195. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother, Int Q*. 1998; 12: 163-172.
196. Urman B, Aydın T, Ata B. Türkiye'de IVF Sonrası Transfer Edilecek Embriyo Sayısını Belirleyen Faktörlerin Analizi: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği (TSRM) anketi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2008; 5: 188-194.
197. Uysal, P. İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) ve Etik. *T Klin J Med Ethics, Law and History*. 200; 11: 41-44.
198. Vesga Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin, DS. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in The United States. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association*. 2008; 65: 805-815.
199. Waldenstroem U, Hildingsson I, Ryding El. Antenatal Fear Of Childbirth And Its Association With Subsequent Caesarean Section And Experience Of Childbirth. *BJOG*. 2006; 113: 638-646.
200. Weisberg RB, Paquetta JA. Screening and Treatment of Anxiety Disorders in Pregnant and Lactating Women. *Women's Healty Issues*. 2002; 12: 32-36.
201. WHO Laboratuvar El Kitabı, İnsan Semeninin İncelenmesi ve İşlemlerden Geçirilmesi. 5. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011. İstanbul.
202. Williams C, Sutcliffe A. Infant Outcomes of Assisted Reproduction. *Early Human Development*. 2009; 85(11): 673-677.
203. Williams KE, Koran LM. Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnancy, The Puerperium and The Premenstruum. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58: 330-334.
204. Wolff EF, Taylor HS. Value of The Day 3 Follicle-Stimulating Hormone Measurement. *Fertility and Sterility*. 2004; 81(6): 1486-1488.
205. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017. Erişim Tarihi: 12.03.2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>.
206. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. 2019. Erişim Tarihi: 02.04.2019, <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
207. Yaman S, Müftüoğlu YZ, Anafarta K, Bedük Y. Erkek İnfertilitesi. *Güneş Kitabevi*, 1990; 483-508.
208. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2006; 3(10): 35-42.

209. Yanıkkaerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(4): 112-121.
210. Yaşam Kalitesi Kavramı. Erişim Tarihi: 02.04.2019. <https://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf>.
211. Yaşar Ö, Kır FŞ, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*. 2007; 17(6): 414-420.
212. Yıldız Eryılmaz H, Ekşi Z, Günüşen Ertuğrul E. İnfertilite Tanı Yöntemleri. İçinde: İnfertilite Hemşireliği. Acar Basım. 2009. İstanbul.
213. Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 63-74.
214. Yıldız ÜG, Yıldız S, Kurt BB, Ürper S, Kurt Y, Güzel S. Doğum Ağrısı ve Hipnoz. *İntegr Tıp Derg*. 2013; 1(1): 22-27.
215. Yurdakul T, Kılıç Ö. Epididimit-Orşit ve Kabakulak Orşiti. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*. 2007; 3(20): 94-98.

8. EKLER

Ek-1: Veri Toplama Formu

- 1) Doğum yılınız:
- 2) Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) İlköğretim mezunu
 - c) Lise mezunu
 - d) Üniversite mezunu
 - e) Lisans üstü eğitim
- 3) Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 4) Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) İlköğretim mezunu
 - c) Lise mezunu
 - d) Üniversite mezunu
 - e) Lisans üstü eğitim
- 5) Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 6) Eşiniz çalışıyor mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 7) Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gider ile eşit
 - c) Gelir giderden fazla
- 8) Aile tipiniz nedir?
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
- 9) Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?
- 10) Gebeliğiniz istemli bir gebelik midir?
 - a) Evet
 - b) Hayır

- 11) Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?
a) Evet b) Hayır
- 12) Daha önce hiç düşük yaptınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 13) Cevabınız evetse kaç kez?.....
- 14) Daha önce hiç kürtaj oldunuz mu?
a) Evet b) Hayır
- 15) Cevabınız evetse kaç kez?.....
- 16) Daha önce geçirilmiş herhangi bir kadın hastalığınız var mı? Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz?
a) Evet (.....) b) Hayır
- 17) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
a) Evet b) Hayır
- 18) Gebelik süresince herhangi bir sosyal destek alıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 19) Eğer destek alıyorsanız, kimlerden destek alıyorsunuz?
- 20) Gebe olduğunuzu öğrenmeden önce depresyon öykünüz var mı?
a) Evet b) Hayır
- 21) Anksiyete problemi yaşıyor musunuz?
(Anksiyete; kaynağı belirsiz, içten gelen sıkıntı, korku, kötü bir şey olacaktı hissiyle yaşanan bunaltı duygusudur. Vücudun her hangi bir tehlikeye karşı gösterdiği alarm durumudur ve bu durum sonucunda tehlike beklentisine karşı vücudun verdiği bir tepkidir.)
a) Evet b) Hayır
- 22) Cevabınız evet ise anksiyete ile ilgili bir tedavi alıyor musunuz?
- 23) Günlük yaşam gereksinimlerinizi tek başınıza karşılayabiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 24) Gebelik ve doğuma ilişkin herhangi bir sağlık kurumunda eğitim aldınız mı? Cevabınız evet ise nerede aldığınızı lütfen belirtiniz?
a) Evet (.....) b) Hayır

Ek-2: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği				
Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneğe işareti koyarak belirleyiniz.				
Puanlanma :	Hiç	Hafif düzeyde. Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde. Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde. Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-3: WHOQOL BREF(TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız.

Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksininiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksininiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız. ŞİMDİ her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız,

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?	<input type="radio"/> Evet	<input type="radio"/> Hayır
Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?		

Ek-4: Doğum Tutum Ölçeği

Aşağıdaki maddeler gebe kadınların geçmişte yaşadıkları bazı yaygın korkuları ifade etmektedir. Bunların tümünün bir bireyde olması beklenmez. Bazı kadınlarda bunların hiçbiri olmayabilir. Lütfen, başka birine danışmadan dürüstçe yanıt veriniz.

1= Hiç kaygı yok: Korkunun hiç olmaması

2= Düşük kaygı: Korku denecek kadar yeterli değil

3= Orta Kaygı: Size sıkıntı veren ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan

4= Yüksek kaygı: Size çok endişe veren ve iyi olma hissinizi etkileyen

	Hiç kaygı yok	Düşük kaygı	Orta kaygı	Yüksek kaygı
1. Doğumda kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	1	2	3	4
2. Doğum yapmaktan gerçekten korkuyorum.	1	2	3	4
3. Doğum ile ilgili kabuslar görüyorum.	1	2	3	4
4. Doğumda çok fazla kanamam olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
5. Doğum yaparken yeterli çabayı gösteremeyeceğimden korkuyorum.	1	2	3	4
6. Bebeğe ilgili bir şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.	1	2	3	4
7. Doğumda yapılacak işlemlerin ağrılı olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
8. doğum sancılarım olduğunda yalnız kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
9. Sezaryen olmak zorunda kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4
10. Bebeğin doğumu sırasında yırtığım olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
11. Doğum sırasında bebeğin yaralanmasından korkuyorum.	1	2	3	4
12. Doğum sancılarımın dayanılmaz olmasından korkuyorum.	1	2	3	4
13. Yaklaşan doğumu düşündüğüm zaman kendimi rahatlatmakta zorlanıyorum.	1	2	3	4
14. Hastane ortamından korkuyorum.	1	2	3	4
15. Doğum sırasında istediğim bakımı alamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4
16. Genel olarak doğumla ilgili kaygımı 1:Hiç kaygı yok 2:Düşük kaygı 3:Orta kaygı 4:Yüksek kaygı olarak değerlendirmek isterim.	1	2	3	4

Ek-5: Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 26 ŞUBAT 2019 SALI
TOPLANTI NO : 2019/04
PROJE/ KARAR NO : 19/65 (Değerlendirilme Tarihi: 26.02.2019)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Hediye Arslan ÖZKAN'ın sorumlu araştırmacı, Şefika ÖZBEK'in yardımcı araştırmacı olduğu, 19/65 kayıt numaralı, **"IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezi başlıklı proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR
Prof. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.

ÜYE

Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.

ÜYE

Levent KENAR
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cünnur AYDIN
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nuri ERÇİN
Prof. Dr.

ÜYE

Kazım Emre KARASHAHİN
Prof. Dr.

ÜYE

Yusuf ZİCİ
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK
Doç. Dr.

ÜYE

Ali Kağan GÖSKÜN
Doç. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.

ÜYE

Dilek KULUZ
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten GUVENÇ
Doç. Dr.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135

Ek-6: TUEK Onayı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
30/04/2019 13:29 - 50687469 - 799 - E 7332



Sayı : 50687469-799
Konu : 25.04.2019 Tarihli Tıpta Uzmanlık
Eğitim Kurulu (TUEK) Kararları
Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nun 25.04.2019 tarihli kurul kararları Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. H. Erhan GÜVEN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EKLER:
25.04.2019 TUEK Kararları

Dağıtım:
Gülhane EAH Başhekim Yardımcılığı (Nihal Durmaz)
Gülhane EAH Başhekim Yardımcılığı (Müşerrefe Yayıcı)
Gülhane EAH Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Birimi
Gülhane EAH Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Birimi
Gülhane EAH Nükleer Tıp Kliniği Birimi
Gülhane EAH Kardiyoloji Kliniği Birimi
Gülhane EAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği Birimi
Gülhane EAH Nöroloji Kliniği Birimi
Gülhane EAH İç Hastalıkları Kliniği Birimi
Gülhane EAH Acil Tıp Kliniği Birimi
Gülhane EAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü
Gülhane EAH Kulak Burun Boğaz Klinikleri Birimi
Gülhane EAH Deri Ve Zührevi Hastalıkları Kliniği Birimi

General Dr.Tevfik Sağlam Cd.Etilik/ANK

Telefon: Faks No:

e-Posta: meral.aydin3@saglik.gov.tr İnternet Adresi: meral.aydin3@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f8388322-3f16-4585-a817-1080964e1004 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Meral AYDIN

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: +90 312 304 20 00 / 61 06

Ek-6: TUEK Onayı (Devam)



SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 25.04.2019

KARAR NO:04

25.04.2019 TARİHLİ 04. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

16. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 14.03.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.438 sayılı ve "Dr.Öğrt. Üyesi Dilek KONUKBAY (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Dr.Öğrt. Üyesi Dilek KONUKBAY**'ın "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ) Prematüre Bebeği Olan Ebeveynlerin Stres Düzeyi ve Hemşire-Ebeveyn Destek Durumlarının İncelenmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş olup, araştırma konusu ile ilgili olarak uygulanacak olan anket ölçek formundaki bazı soruların kurum ile ilgili idari hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir**.
17. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 14.03.2019 tarihli, SAYI: 35640939.799.E.437 sayılı ve "Dr.Öğrt. Üyesi Dilek KONUKBAY (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Dr.Öğrt. Üyesi Dilek KONUKBAY**'ın "Çocuk Hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakıma Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
18. GEAH Nöroloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Hem. şefika ÖZBEK**'in 04.04.2019 tarihli, SAYI: 50687469-045.03.6338 sayılı "Bilimsel Araştırma İzni (Hem.şefika ÖZBEK)" konulu dilekçesi ve "IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
19. GEAH İç Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Haydar ZENGİN**'in 05.04.2019 tarihli, SAYI: 50687469-806.02.02.6381 sayılı "Dr. Haydar ZENGİN'in Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Malignite Ön Tanısı İle Araştırılan Hastalarda Malign Olmayan Hastalıkların Oranı ve İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
20. GEAH Başhekim Yardımcılığında görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Nihal DURMAZ**'in 11.04.2019 tarihli, SAYI: 50687469-663.08-6756 sayılı "Araştırma İzni" konulu dilekçesi ve "Pediatrik Nöroloji Hastalarında Palyatif Bakım İhtiyacı: Retrospektif Çalışma" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
21. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 12.04.2019 tarihli, SAYI: 3560939.799.E.593 sayılı ve "Dr.Öğrt. Üyesi Gülcan BAĞÇIVAN (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Dr.Öğrt. Üyesi Gülcan BAĞÇIVAN**'ın "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin "Canlandırma Uygulamayınız" İstemi İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş olup, çalışmadaki bahse konu uygulamanın yasal zeminin olmaması ve çalışmanın sonuçlarına ait makale yayımlandığında T.C. Sağlık Bakanlığı aleyhine kullanılabilecek hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir**.
22. GEAH Acil Tıp Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr.Kürşat AYDIN**'in 18.04.2019 tarihli, SAYI: 50687469-301.99.E.7191 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "Acil Servise Başvurup Pnömoni Nedeniyle Hospitalize Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Laboratuvar Değerlerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür**.
23. GEAH Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünün 03.04.2019 tarihli, SAYI: 50687469-799.E.27 sayılı "1.Uluslararası 2.Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi Hk." konulu yazısı ve "1.Uluslararası 2.Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi" başlıklı bilimsel etkinliğin Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01-03 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılması talebi incelenmiş ve izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüş olup**, bahse konu bilimsel etkinliğin belirtilen tarihlerde yapılabilmesi için Kongre Düzenleme Kurulunun **Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğü** ile iletişime geçmesi gerekmektedir.

General Tevfik Sağlık Cad. No:1 Fılık-Keciören/ANKARA Telefon:0312 304 61 05 Faks: 0312 304 21 50
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 18388322-3f16-4385-a817-1080964ef004 kodu ile erişebilirsiniz.
gulhane@tuek.gov.tr / gulhane@tuek.gov.tr

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

Ek-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan

Diğer Araştırmacıların Adı: Şefika Özbek

Destekleyici (varsa):

“IVF ve Normal Gebeliklerde Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Doğum Tutumlarının İncelenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni IVF yöntemi ile veya doğal gebe kalmış olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Hemşire Şefika Özbek’in sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma IVF’li gebelerin doğal gebelere göre anksiyete, depresyon ve doğum tutumlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve IVF Polikliniğinde yapılması planlanan bu çalışmaya, çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 61 tane IVF yöntemi ile ve 61 tane normal yollarla gebe kalan toplam 122 bireyin katılması planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Çalışma yüz yüze görüşme yöntemiyle anket doldurularak yapılacaktır.
- Araştırmanın süresi 15 – 20 dk 'dır.
- Araştırma süresince katılımcılardan veri toplamak amacıyla tedavi protokolü harici bir laboratuvar tetkiki veya test yapılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Yok.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Sağlam gebeler ve infertilite tedavisi ile gebe kalan bireyler arasındaki anksiyete, yaşam kalitesi ve doğum tutumunun farklılık olup olmadığının belirlenmesi hemşirelik bakımının kalitesinin ve etkinliğinin artmasına, gebelere verilecek hizmetin planlanmasında, anne ile bebek arasındaki ilişkinin daha sağlıklı kurulmasına ve sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Şefika Özbek

GÖREVİ : Hemşire

TELEFON : 05078360577

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında, Hemşire Şefika Özbek tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Şefika Özbek’i, Nöroloji AD 03123044487’den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şefika	Soyadı	Özbek
Doğum Yeri	Diyarbakır	Doğum Tarihi	28.07.1989
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	65662341182
E-mail	sefikaa89@gmail.com	Tel	0507-836-05-77

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksek Okulu	2011
Lise	Sayısal	Fitnat Nuri Tekerekoğlu Anadolu Lisesi	2007

Bildiği Yabancı Dilleri	Seviyesi
İngilizce	İyi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Yoğun Bakım Hemşiresi	GATA Ankara Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım	2011 - 2012
Yoğun Bakım Hemşiresi	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım	2012- 2013
Yoğun Bakım Hemşiresi	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım	2013- 2016
Yoğun Bakım Hemşiresi	GATA Ankara Kardiyoloji Yoğun Bakım- Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım	2016- 2018
Klinik Hemşiresi	Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği	2018- halen

Dergilerde yayınlanan makaleler

Arslan Özkan, H., Özbek, Ş. , & Bursa, A. G. (2016). Küreselleşen Sağlık ve Kadın Sağlığı Hemşireliği., <i>Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi</i> , 2(2): 46-57.
--

