



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FERTİL-İNFERTİL KADINLARIN ÜREME FONKSİYONLARI HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Burcu ÇAKI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET

GAZİANTEP
2018



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FERTİL-İNFERTİL KADINLARIN ÜREME FONKSİYONLARI HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Burcu ÇAKI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET

GAZİANTEP
2018

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**FERTİL-İNFERTİL KADINLARIN ÜREME FONKSİYONLARI
HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Burcu ÇAKI

Tez Savunma Tarihi: 02.07.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmza

Prof. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI

Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET

Dr. Öğr. Üyesi Yadigar POLAT

BEYAN

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

02.07.2018

Burcu ÇAKI

TEŞEKKÜR

Arařtırmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde danıřmanım olan Sayın Dr.Őđr.Ŭyesi Rabia SOHBET'e, çalıřmaya katılmayı kabul eden tűm gebe ve infertilite hastalarına, yűksek lisans programı sűresince benden sabır ve desteklerini esirgemeyen babam İsmail ÇAKI, annem Selma ÇAKI, kardeřim Hamide ÇAKI ve Hem. Nesrin DEMİRCİ' ye verdikleri destek için teőekkűrlerimi sunarım.

Burcu ÇAKI
Temmuz 2018

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Fertilite ve Gebelik	5
2.2. İnfertilite	7
2.3. İnfertilite Nedenleri	8
2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi ve Tanı Yöntemleri	11
2.5. Kadın ve Erkek İnfertilitesinde Tedavi	15
2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri	16
2.7. İnfertilitenin Psikolojik Boyutu	18
2.8. Dünya’da ve Türkiye’de İnfertilite	20
2.9. İnfertilitenin Hemşirelik Boyutu	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
3.4. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları	22
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	23
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1 Sonuçlar	49
6.2 Öneriler	50
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER	55
9. ÖZGEÇMİŞ	61

KISALTMALAR DİZİNİ

AMH:	Anti Mülleryan Hormon
BVI:	Bazal Vücut Isısı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ET:	Embriyo Transferi
E2:	Estradiol
FSE:	Fertilite Sorun Envanteri
FSH:	Folikül Stimüle Edici Hormon
GIFT:	Gamet Intra Fallopiyan Transfer
GSP:	Global Stres Puanı
HSG:	Histeresalfingografi
ICSI:	Intra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu
IUI:	Intra Uterin İnseminasyon
IVF:	In Vitro Fertilizasyon
LH:	Litünize Hormon
PKOS:	Polikistik Over Sendromu
PRL:	Prolaktin
TET:	Tubal Embriyo Transferi
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
YÜT:	Yardımcı Üreme Teknikleri
USG:	Ultrasonografi
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
ZIFT:	Zigot Intra Fallopiyan Transfer

ŒEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Œekil 1. Korunmasız DŒzenli Cinsel İliŒki İle Spontan Gebe Kalma Oranlarının Zamana Bağlı DeęiŒimi	20



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. DSÖ 2010 Kriterlerine Göre Semen Analizi	10
Tablo 2. İnfertil Kadınların Özellikleri Dağılımı	24
Tablo 3. İnfertil Kadınların Tedavi Sürelerine Göre İnfertiliteyi Aile İle Paylaşma Dağılımı	25
Tablo 4. İnfertil Kadınların Tedavi İhtiyaçlarına Göre İnfertilite Nedeni ve Çocuk İsteği Süre Dağılımı	25
Tablo 5. Fertil ve İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı	26
Tablo 6. Fertil ve İnfertil Kadınların Üreme Fonksiyonları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı	27
Tablo 7. Kadınların Eğitimlerine Göre Döllenmenin Olduğu Organı Bilme Dağılımı	29
Tablo 8. Kadınların Tedavi İhtiyaçlarına Göre Üreme Bilgileri Dağılımı	30
Tablo 9. Kadınların FSE Alt Boyutları Ve GSP'den Aldıkları Puan Dağılımı	31
Tablo 10. Kadınların FSE Dağılımı	31
Tablo 11. Kadınların Çocuksuz Yaşamı Red Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı	31
Tablo 12. Fertil ve İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı	32
Tablo 13. İnfertil Kadınların İnfertilite Özelliklerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı	33
Tablo 14. Fertil ve İnfertil Kadınların Adet Dönemi Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı	34
Tablo 15. Fertil ve İnfertil Kadınların Ovulasyon Dönemi Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı	35
Tablo 16. Fertil ve İnfertil Kadınların Gebelik Oluşumu Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı	36
Tablo 17. Fertil ve İnfertil Kadınların Evlilik Süreleri ve Çocuk Sayılarına Göre İlişkisel Sorunlar Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı	39
Tablo 18. İnfertil Kadınların İnfertilite Nedeni İle Kadınların Döllenmenin Tanımını Bilme Durumlarına Göre Cinsel Sorunlar Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı	39
Tablo 19. Fertil ve İnfertil Kadınların FSE Alt Boyutları ve GSP Arasındaki Korelasyon Dağılımı	40

ÖZET

FERTİL-İNFERTİL KADINLARIN ÜREME FONKSİYONLARI HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

Burcu ÇAKI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Rabia SOHBET
Temmuz 2018, 67 sayfa

Araştırma, fertil-infertil kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgilerinin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini; 2016 yılında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum poliklinik ve servisine başvuran 4339 gebe ve 2458 infertil kadın oluştururken; 223 gebe ve 157 infertil toplam 380 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında tanımlayıcı özellikleri ve üreme fonksiyonları bilgi düzeylerini belirlemek için hazırlanan anket formu ile Fertilité Sorun Envanteri(FSE) kullanılmıştır. Veriler SPSS 20 programında değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan infertil kadınların %54.8'inin adet takvimi kullandığı, %54.1'inin menstruasyona iki hafta kala göğüslerde şişkinlik, %76.4'ünün ağrı belirtilerini bildiği saptanmıştır(p<0.05). Ayrıca infertilin %19.1'i menstruasyondaki en önemli hormonu, %73.9'u ovulasyon ile menstruasyon arasındaki süreyi, %75.8'i ovulasyonun tanımını, %49.7'si ovulasyonda serbest bırakılan yumurta sayısını, %58.6'sı yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini, %87.9'u ovulasyondaki vajinal akıntı bulgusunu, %82.2'si akıntı rengini, %92.4'ü ovulasyon döneminde hamilelik ihtimalinin yüksek olduğunu bilmesi anlamlı şekilde yüksek bulunurken; fertillerin %41.3'ünün gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilmesi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(p<0.05). Kadınların FSE puanlarında; Çocuksuz Yaşamı Reddetme alt boyutu fertil (33.40±6.01) kadınlarda daha yüksek bulunmuştur(p<0.05). Kadınların Global Stres Puanı ile FSE alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. İnfertil kadınların infertilite nedeni ile cinsel sorunlar alt boyutu stres düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış; infertilite nedeni kendisi olan kadınların %52.1'inin stres düzeyi daha yüksek saptanmıştır(p<0.05). Kadınların ilişkiler alt boyutu stres düzeyi ile çocuk sayıları arasında anlamlı ilişki bulunmuş; stres düzeyi orta olan kadınların %81.5'inin üç ve üzeri çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler; Bilgi, Fertil, İnfertil, Stres, Üreme

ABSTRACT

THE EFFECT OF FERTILE-INFERTILE WOMEN'S KNOWLEDGE ABOUT REPRODUCTIVE FUNCTIONS ON STRESS LEVEL

Burcu ÇAKI

Master Thesis, Degree of Nursing
Public Health Nursing Graduate Program

Thesis Advisor: Dr. Rabia SOHBET

July 2018, 67 pages

The research is a descriptive cross-sectional study which is designed to determine the effects of fertile and infertile women's knowledge about reproductive functions on stress level. While there are 4339 pregnant and 2458 infertile women who applied to Gaziantep University Sahinbey Research and Practice Hospital, obstetrics and gynecology clinic and service in 2016 included in the study; the sample of the study is consisted of 223 pregnant and 157 infertile women. To collect data, the questionnaire prepared to determine the descriptive characteristics and the knowledge level of reproductive functions and Fertility Problem Inventory (FPI) have been used. The data were evaluated in the SPSS 20 program. It was found that %54.8 of infertile women who participated in the study used menstrual calendar and %54.1 of them have bulging and %76.4 of them know pain two weeks before their menstruation ($p<0.05$). In addition, while it is also found significantly higher that %19.1 of infertile women know hormone as the most important factor in menstruation, %73.9 of them know the duration between ovulation and menstruation, %75.8 of them know the definition of ovulation, %49.7 of them know the number of eggs (ovulars) released in ovulation, %58.6 of them know the life span of an egg and sperm in a woman's body, %87.9 of them know vaginal discharge finding during ovulation, %82.2 of them know the color of discharge and %92.4 of them know the high probability of pregnancy in the ovulation period, it is also identified significantly higher that %41.3 of the fertile women know the most important organ leading to pregnancy ($p<0.05$). When FPI scores of women in our study are examined, it is found that the lower dimension of the Refusal of Childless Life is higher (33.40 ± 6.01) in fertile women. ($p<0.05$). There is also a positive correlation between fertile-infertile women's Global Stress Point and the lower dimensions of FPI. ($p<0.05$). It has been found that there is a significant relation between infertile women's infertility causes and the stress level of lower dimension of sexual problems. The stress level of %52.1 women whose infertility is connected to themselves has been found out to be higher ($p<0.05$). While there was a significant relationship between stress level of sub dimension of relations and the number of children, it was determined that %81.5 of the women whose stress level is average have three or more children.

Key words; Fertile, Infertility, Knowledge, Reproduction, Stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın temel içgüdülerden biri üreme içgüdüsüdür. Toplumların çoğunda çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından; çiftlerin anne baba olması biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir(1). Çocuk sahibi olmak birey, aile ve toplum için çok önemli bir değerdir. Bireylerin üreme kabiliyetleri kadınlığın ve erkekliğin temel belirleyicisi olarak görülürken, üremedeki yetersizlikleri sıklıkla sosyal bir damga ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır(2). Kadınlarda fertilité, gebe kalabilme ve bebek sahibi olabilme yeteneği olarak tanımlanır(3). Çocuk sahibi olmak her ne kadar çiftlerin ortak karar ve sorumluluğu olsa da toplumun bu durumu kadınlığın bir görevi olarak görmesi ve kadına maal etmesi kadınlar üzerinde baskı ve stres oluşturmaktadır. Kadın sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden son derece olumsuz etkileyen infertilite; üreme çağındaki çiftlerin 1 yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye girdiği ve herhangi bir aile planlaması yöntemi uygulamadığı halde gebeliğin oluşmamasıdır(4). Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), dünyada yaklaşık 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. İnfertilitenin görülme sıklığı, belli bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda, gelişmekte olan ülkelerin ise %15-20'sinde infertilite görülmektedir(5). Güney Asya'da %4-6, Çin'de %7-10 ve Amerika'da %10 infertilite problemine sahip evli çift olduğu, Türkiye'de ise bu oranın %10 olduğu rapor edilmiştir(2). Birçok ülkede infertilite tanısı almış çiftlerin %80'i infertilite tedavisi için özel sağlık hizmeti almaktadır. Türkiye'de ise infertil kadınların %90'ı çocuk sahibi olmak için tıbbi yardım görmektedir(6). Tıbbi yardımın yanı sıra kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerini arttırmanın da tedavi sürecine katkı sağlayacağı muhakkaktır. Ülkemizde TNSA, 2013 sonuçlarına göre kadınların sadece %27'sinin ovulasyon zamanı hakkında bilgi sahibi olması doğurganlık bilincinin toplumumuzda yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir(7).

İnfertilite tıbbi, emosyonel, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir yaşam krizidir(8). Sosyal izolasyon, ilişkilerde parçalanma, terk edilme korkusu, başkalarının fertil olmasını hatırlayarak yaşama zorluğu, sosyal çevre desteğinin azaldığı hissi, fertilité ile ilgili konulara aşırı duyarlılık, medyada infertiliteye ilişkin yapılan tanımlamalar ve çarpıtmalar infertilitenin psikososyal etkilerinde ele alınan konulardır(8). Kişinin infertiliteden kendini sorumlu tutması, anne baba olamamanın verdiği üzüntü, zorlu tedavi süreci ve tedavide başarısızlık korkusu ile de yaşanan stres daha da artmaktadır. İnfertilite eşlerin birbirlerini karşılıklı suçlamalarına ve aile bağlarının zayıflamasına neden olur. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında infertilite, bireylerin tüm çevre ilişkilerini, cinsel ve sosyal hayatlarını ve yaşam kalitelerini etkileyebilen bir durumdur(1). İnfertilite, hem kadını hem de erkeği etkilese de kadınlarda stres, baskı, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu, çocuk sahibi olamamanın kadınlarda özgüven

kaybına, ümitte azalmaya ve ilişkilerde bozulmaya neden olduğu görülmektedir(1,5). Yapılan çalışmalarda, erkeklerin %15'inin, kadınların %50'sinin infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak tanımladıkları belirlenmiştir(5). Yapılan karşılaştırılmalı çalışmalarda erkeklerde daha az sıklıkta klinik suçluluk, depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür(9). İnfertilite nedeni her ne olursa olsun, kadınların bu durumdan daha olumsuz etkilenmelerinin bir nedeni de tedavi aşamasıdır. Çünkü infertilite nedeni erkek faktörü bile olsa karmaşık ve girişimsel tedavi yöntemlerine maruz kalan genellikle kadınlardır(10). Kadınlarda daha fazla psikolojik problem ortaya çıkmasının diğer bir nedeni de tedavide kullanılan hormonların bireylerde psikolojik değişiklikler oluşturmasıyla açıklanmaktadır(11). Kadınların stres düzeyini değerlendirmek için birtakım ölçekler kullanılmaktadır. Fertilité Sorun Envanteri(FSE) bu ölçeklerden biridir. FSE, hem primer hem de sekonder infertiliteye sahip tüm bireylerde kullanılabilir(12).

Bu araştırma fertil ve infertil kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerinin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Kadın ve erkeklerin çocuk sahibi olabilme yetenekleri hem bireylerin kendilerini ispatlaması hem toplum tarafından kabul görmesi hem de anne baba olabilmenin verdiği o müthiş duygunun tadılabilmesi açısından oldukça önemli bir durumdur ve bu durumu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Her iki cinsinde bu durumdan etkilendiği bilirse de tüm bu faktörleri en çok etkileyen ve bu faktörlerden en çok etkilenen hiç şüphesiz ki kadınlardır.

2.1.Fertilite ve Gebelik

Fertilite; yaşayabilir bir oositin üretilmesi, fallop tüpü boyunca taşınması ve sperm hücresi ile fertilizasyonunu gerektirmektedir. Oluşan zigot daha sonra uterusu geçmeli ve endometrial tabakaya implante olmalıdır. Fertilizasyon, implantasyon ve oluşan gebeliğin sağlıklı şekilde devamı birbiri ile ilişkili olaylar dizisi şeklinde oluşmaktadır(13).

Kadınlarda ve Erkeklerde Fertilite: Fertilite, çiftlerin çocuk sahibi olabilme yeteneği olarak tanımlanırken kadında fertilite, kadının gebe kalabilme ve çocuk doğurma kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Bir kadında fertilite menstruasyonun başlamasıyla başlar ve potansiyel olarak doğurganlık menopoza kadar sürer(3). Kız çocukları intrauterin yaşamın 5. ayında yaklaşık 6-7 milyon yumurtaya sahipken, bu sayı doğumda 1-2 milyona düşer. Çocukluk döneminde yavaş düzeyde azalır ve ergenlik döneminden itibaren ayda bir yumurta yumurtlamak suretiyle bu azalma menopoza kadar aylık ortalama 350-400 yumurta harcayarak devam eder. Erkeklerde fertilitenin kaynağı spermdir. Sağlıklı sperm; kalitesiyle, miktarıyla ve hareketliliği ile tanımlanır. Erkeklerde gonadların faklılaşması 5-7. haftalarda meydana gelir. Uygun genetik faktörlerin varlığında, testis gelişimi başlar(14). Testis oluşumundan sonra sperm üretimine başlanır. Olgun sperm oluşumu 72 günlük sikluslar halinde pubertede başlar, yaşam boyunca sürer(15) .

Erkeklerde Fertilite Koşulları

- Üreme hormonları yeterli salgılanmalı
- En az bir testis yumurtayı dölleyebilecek miktarda normal sperm üretebilmelidir.
- Epididimis ve deferens en az bir tarafı açık olmalıdır.
- Yardımcı bezler semen oluşturmak için, sperme sekresyon desteği sağlamalı
- Peniste sertleşme ve dikleşme olabilmelidir.
- Uygun boşalma yapabilmelidir.
- Erkeklerde uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır(16,17).

Kadınlarda Fertilite Koşulları

- Üreme hormonları yeterli salgılanmalı
- En az bir over güvenilir bir düzende yumurta üretme/ovulasyon yeteneğine sahip olmalıdır.
- Tubaların en az biri normal fonksiyon görmeli ve açık olmalıdır.
- Uterus döllenen yumurtayı geliştirip olgunlaşana kadar taşımaya elverişli olmalıdır.

- Dış genital organlar koitus sırasında spermlerin boşalmasına ve ilerlemesine elverişli olmalıdır.
- Plasenta oluşana kadar gebeliğin devamı için overlerde yeterli miktarda progesteron üretilmelidir.
- Kadında uygun cinsel istek ve davranış biçimi olmalıdır(16)(Ulusal Aile Planlaması Rehberi 2010). Tüm bu aşamalar sağlıklı bir şekilde tamamlandığında kadınlarda gebelik dönemi başlamış olur. Gebelik kadın ve erkeğin ortak kararı sonucu ortaya çıkan bir durum olmakla birlikte; doğrudan kadını etkileyen bir süreç olduğu herkes tarafından bilinmektedir(18). Gebelik; vücut görüntüsünde, yaşam standartlarında, sosyal ilişkilerde, aile içi rollerde değişiklik yapan bir durum olduğundan uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da gelişimsel bir kriz olarak nitelendirilmektedir(19). Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır(18).

Kadınlarda ve Erkeklerde Fertilitiyi Etkileyen Faktörler: Fertilitiyi, fiziksel, psikosozyal, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörler etkilemektedir(13). Fertilitiyi etkileyen faktörler kısaca şunlardır;

Yaş: Kadınlarda fertilitenin en yüksek olduğu dönem 20-25 yaş arası dönem iken; 40 yaşından sonra minimaldir(2). Erkeklerde yaşlanmayla birlikte testosteron seviyesi azalır. Sperm sayısı azalmakta ancak üreme kapasitesi ilerleyen yaşa rağmen devam etmektedir(20).

Koitus sıklığı ve zamanlama: Gebelik olasılığını arttırmanın en etkili yolu, ovulasyondan önce cinsel ilişkide bulunulmasıdır. Spermier kadın vücudunda 72 saatten fazla canlılıklarını sürdürebilirler. Ovumun yaşam süresi ise fertilize olmazsa ancak 12-24 saat kadardır. Bu nedenle özellikle ovulasyon döneminde sık ve korunmasız cinsel ilişki fertilizasyon için oldukça önemlidir(2).

Vücut ağırlığı: Kadınlarda aşırı şişmanlık ya da zayıflık overlerin fonksiyonlarında değişime neden olmaktadır(2). Erkeklerde fazla yağ dokusu testosteronun östrojene dönüşümünü arttırır ve kanda testosteron düzeyini azaltır. Sperm sayısı %20 azalır ve sperm kalitesi düşer(21).

Meslek ve çevresel zararlı maddeler: Uzun süre oturma gerektiren meslekler hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Bu durum skrotum çevresindeki hava sirkülasyonunu engelleyerek sperm sayısını ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra iş yerlerinde kimyasal ve fiziksel ajanların kullanımı da (kurşun, civa, arsenik, radyasyon) %95 oranında üreme üzerinde etkili olmaktadır(21).

Sigara, alkol, kafein ve uyuşturucu ilaç kullanımı: Sigara overler üzerinde toksik etkiye sahipken; kafein, uterusu giden kan akımını azaltır ve fertilitte üzerinde olumsuz etkileri vardır(2). Kahve ve sigara birlikte kullanıldığında, sperm motilitesi azalır ve ölü sperm oranı artar. Alkol ve uyuşturucu kullanımı libidonun ve sperm sayısının azalmasına neden olur(21).

Psikolojik nedenler: Yetersizlik, çaresizlik, depresyon fertilitiyi etkileyen faktörlerdir(2). Stresin erkeklerde sperm sayısında ve hareketlerinde azalmaya ve anormal sperm üretiminde artmaya neden olduğu düşünülmektedir(21).

Kadınlarda ve erkeklerde fertilitiyi etkileyen diğer faktörler kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanımı(antidepresanlar vb.) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardır(16).

2.2.İnfertilite

İnfertilite, reproduktif çağda olan bir çiftin herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanan üreme sistemi hastalığıdır(22-23). İnfertilite, daha önce hiç gebelik oluşmamışsa primer; canlı doğumla sonuçlansın ya da sonuçlanmasın en az bir gebelik varsa sekonder infertilite olarak tanımlanır(4).

İnfertilitenin Tarihçesi: İnfertilitenin insanlığın varoluşundan beri olduğu düşünülmektedir(19). İnfertilite sorunu asırlar öncesinde kadının verimsizliği, Tanrı'nın insanlara verdiği bir ceza şeklinde yorumlanmaktadır (24). İncil'de: Rachel güzel ve çekiciyken Leah da bir o kadar çirkin ve iticidir; ancak tanrı Leah'ı doğurganlıkla ödüllendirmişken Rachel'i kısır kılmıştır. Yıllarca süren umudun sonunda Rachel bir erkek çocuğu doğurmayı başardığında tanrıya" tanrım sana şükürler olsun, beni yüzkarasından kurtardın" diye dua etmiştir(25). Birçok eş değiştiren VIII. Henry, altı evliliğinin bozulmasına neden olarak; eşlerinin soyunu devam ettirecek erkek çocuğu dünyaya getirememelerini öne sürmüştür(1).

Fransa kralı XVI. Louis ve eşi Marie Antenoitte de infertilite sorunu yaşamışlardır. Kralın infertilite nedeni hakkında çelişkiler yaşanırken, Fransa halkı öfkeli bir şekilde varis doğurmadığı için; Marie Antoneitte'i eşcinsellikle suçlayıp, 'Avusturyalı fahişe' şeklinde damgalamıştır(1). Her ne kadar infertilite her iki cinside ilgilendiren bir problem olsa da, tarih boyunca bu yük çoğunlukla kadınların omuzlarına bindirilmiştir. Küçük düşürülmenin yanı sıra infertil kadınlara tarih boyunca çok acı veren cezalar uygulanmıştır. Bazı kadim kültürlerde erkeklere infertil eşlerini idam hakkı verilmişken Kraliyet İngilteresi'nde erkeklerin infertil eşlerini boşama hakları vardı. Kızılderili geleneklerine göre erkeğin kısır eşini mutfakta bir sandalyeye bağlayarak etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı vardı. Hindistan'nın Kerala Nayar kabilesinde ise doğurganlık tanrısına çocuk doğurmak ve büyütme asli bir görevdir. Bu sosyal toplumda çocuk doğurmak en büyük amaçtır ve infertil olanlar doğurganlık tanrıları tarafından tüm nesli lanetler(25).

Uygarlık döneminde infertilite sorununun dualarla veya kutsal yerleri ziyaret ederek çözülmeye çalışıldığı bildirilmektedir(24). Rönesans İngiltere'sinde doktorluk da yapan kuaförler çocuğu olmayan kadınlara, yaşam iksiri olan kısır sütü, tavşan kanı, idrar içmelerini öğütlerlerdi. Bazıları ise kadınlara şifalı sulara girmelerini tavsiye ederlerdi(25). Fertilitate sorunu ile ilgili kaynaklar Mısır papirüslerinde yer almaktadır. Bu papirüslerde, infertilitenin

çözümünün olduğu ve sorununun çözümünün jinekolojik tedavi ile yapıldığı bildirilmektedir. İnfertilite tedavisinde Hipokrat Mısır kaynaklarını temel almıştır. İbni-Sina infertilitenin kadın ya da erkek orijinli olabileceğini belirtirken; infertilitenin tanı ve tedavisinde Mısır ve Yunan kaynaklarını temel almıştır. Ortaçağ ve Rönesans döneminde de infertilite sorunu kadına yüklenmiş, dini ve kültürel yaptırımlar ön plana çıkmıştır. Bu dönemde infertiliteye yaklaşım yine Yunan tıbbı ve Hipokrat temellidir. İnfertiliteye yönelik yapay fertilizasyonla ilgili ilk düşüncelerin İbrani filozoflara ait olduğu çalışmaların 18. yüzyılın son yarısından beri yapıldığı belirtilmektedir. 20. yüzyılda infertilitenin tedavisinde daha modern yöntemler bulunurken; 1905 yılında Halberstaedter tarafından infertilite tedavisi için ilk kez pelvik bölgedeki overial alana X radyasyonu denenirken; 1926'da Beclere ise hem pelvik alana hem de pitiuter alana X radyasyonu denemiştir. İnfertilitenin tedavisinde 1938'lerden günümüze kadar birçok hormonal ilaç kullanılmıştır. 1877 yılında Avustralyalı bilim adamı Shenk tarafından ilk kez, oositin in vitro fertilizasyon(IVF) için çalışmalar yapmaya başlanmıştır(24). 1970'lerin ortalarında, oosit toplanması geliştirilmiş, IVF ve zigotların veya preembriyoların transferi için deneylere başlanmıştır(24). İlk IVF gebeliği, 1976 yılında Edwars ve Steptoe tarafından gerçekleştirilen ektopik gebeliktir(24,26). 1970–1978 yılları arasında estradiol ve Luteinizan hormon tayinleri ve Ultrasonografi ile matür ve fertilizasyon yeteneğindeki oositlerin elde edilmesi IVF'e bağlı gebelik ve doğum şansını artırmıştır(24). Bütün bu uğraşların sonunda Bourn Hall Kliniği'nde 1978 yılında Edwars ve Steptoe tarafından gerçekleştirilen IVF ile Cambridge de Louise Brown adında sağlıklı bir bebek 25 Temmuz 1978'de dünyaya gelmiştir(24-26). 1983'de Trounson ve arkadaşları tarafından ilk kez donör oosit ve kriyoprezervasyon (embriyo dondurma) kullanılarak gebelik ve doğum elde edilmiş, 1984 de ilk GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer) bebeği (Asch ve arkadaşları) ve 1986 da ilk ZIFT (Zigot Intrafallopian Transfer) bebeği dünyaya gelmiştir. SUZI (subzonal inseminasyon) tedavisiyle ilk doğum 1988'de Ng ve arkadaşları tarafından, ilk ICSI (İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu) gebeliği 1992 de Palermo ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir(26). Ülkemizde ise ilk IVF-ET (In Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi) merkezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 23 Haziran 1988 tarihinde Prof. Dr. Refik Çapanoğlu'nun başkanlığında kurulmuş olup bu klinikte gerçekleştirilen ilk "Tüp Bebek", 18 Nisan 1989 tarihinde doğan Ece'dir. Sonuç olarak infertilite sorunu asırlar öncesine dayanmasına karşın, infertilite sorununun modern yöntemlerle çözümü 1970'lerde başlamış, 1980'den sonra günümüze kadar büyük bir hızla devam etmektedir(24).

2.3.İnfertilite Nedenleri

Başarılı gebelik için; ovulasyon, ovumun fallop tüpü tarafından tutulması, fertilizasyon, fertilize ovumun uterus içine taşınması ve reseptif uterin kavite içine implantasyonunu içeren, karmaşık olaylar sırası gereklidir(27). İnfertilite bu aşamaların sağlıklı bir şekilde tamamlanamaması sonucu ortaya çıkmaktadır(28). DSÖ'nün yaptığı bir çalışmada

8500 infertil hasta incelenmiş olup bu hastaların %37'sinde kadın faktörüne, %8'inde erkek faktörüne, %35'inde hem erkek hem kadın faktörüne bağlı infertilite saptanmışken, hastaların %5'inde infertilite nedeni belirlenememiş ve hastaların %15'i çalışma sırasında gebe kalmıştır (29). İnfertilite kadın faktörlü, erkek faktörlü ve açıklanamayan infertilite olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Tıbbi veriler, infertilitenin kaynağını %30 erkek, %20 ovulatuvar, %20 tübal/peritoneal, %5 uterin/servikal ve %25 oranında açıklanamayan faktörün etkili olduğunu göstermektedir(28).

Kadına Ait İnfertilite Nedenleri: Kadınlarda infertilite nedenleri; ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar, tuba-peritoneal faktörler, uterin faktörler ve servikal faktörlerdir(16). Bunlar;

Ovulatuvar ve Luteal Disfonksiyonlar: Her ay düzenli aralıklarla menstruasyonu olan, premenstrual yakınma (memede hassasiyet, sıvı tutulması, irriabilite) ve dismenore görülen kadınlarda sikluslar her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla ovulatuvardır(16). Ovulatuvar ve luteal disfonksiyonlar, tüm infertilite sebepleri arasında %15-20, kadın infertilitesi sebepleri arasında %40 oranında gözlenmektedir. Menstrual siklusta yumurtlamayla sonuçlanan folikül gelişimi ve yumurtlama sonrasında gelişen luteal faz, birlikte ovulatuvar ve luteal faktörü oluşturur. Bu süreçte oluşabilecek bozukluklar döllenmiş ovumun implantasyonunu etkileyerek infertiliteye neden olabilir(25). Bu bozukluklar şöyle sınıflandırılabilir:

- Luteal Faz Yetmezliği: Yumurtlama sonrasında korpus luteumun progesteron yapımının yetersizliği sonucunda ya da endometriumun cevapsızlığında oluşur. %3-4 infertilite nedenidir(25).

-Ovulasyon Bozukluğu: Ovulatuvar fonksiyon bozuklukları gebeliğin oluşmasına engel olacak şekilde anovulasyon veya oligoovulasyon, amenore ve adet düzensizlikleri olabilir(1-16). Anovulasyon, folikülün gelişmemesi ya da gelişmesinde bozukluk olması nedeniyle yumurtlamanın olmamasıdır(25). Anovulasyon veya oligoovulasyon nedenleri;

Polikistik over sendromu (PKOS): Hem toplum genelinde hem de infertil kadınlarda oligoovulasyon ve anovulasyonun en sık nedeni PKOS'tur(27) .

Hipogonadotropik Hipogonadizm: Hipotalamohipofizer rahatsızlıklar genellikle dolaşımdaki gonadotropin seviyesinin azalması ile ilişkilidir(27).

Hipergonadotropik Hipogonadizm (Prematür Ovaryan Yetmezliği): Dolaşımda gonadotropinlerin (FSH ve LH) düzeylerinin artmasıdır. Tanı en az birer ay ara ile ölçülen serum FSH düzeylerinin 40 mIU/ml'nin üzerinde saptanması ile konulur(27).

Tuba-Peritoneal Faktörler: Geçirilmiş cerrahi ya da pelvik travmalar, pelvik adhezyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis, genital tüberküloz, tübal polipler, hidrosalpenks, genital sistem enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar tübal adhezyon ve tıkanıklık oluşturarak ovumun tübalar yoluyla uterusu geçişini engelleyerek infertiliteye neden olurlar(16-27). Kadındaki infertilitenin %20-40'ında tuba-peritoneal patolojiler izlenmektedir(27).

Uterin Faktörler: Fetusun implantasyonundaki başarısızlık sıklıkla uterin faktörlerle ilgilidir. Uterin faktörler infertilitenin nadir nedenlerinden olmasına karşın kadındaki infertilitenin % 2-5'inden sorumludur. Bu patolojiler konjenital olabileceği gibi sonradan da meydana gelebilen uterin patolojiler; myomlar, endometrial polipler, intrauterin adezyonlar, endometritler ve müler kanal anomalileri olabilir(27).

Servikal Faktörler: Servikal faktörler %1-2 oranında çiftlerde infertilite nedeni olarak görülür(27). Servikal hücrelerin salgıladığı mukusta meydana gelen enfeksiyon ve immünolojik problemler sperm kalite ve hareketliliğini olumsuz etkileyerek infertiliteye neden olabilir(16).

Erkeğe Ait İnfertilite Nedenleri: Erkek fertilitesinde azalma; konjenital ya da kazanılmış üro-genital bozukluklardan, genital sistem enfeksiyonlarından, skrotal ısı artımından (varikosel), endokrin bozukluklardan kaynaklanabileceği gibi genetik hastalıklardan ve immünolojik faktörlerden de kaynaklanabilir(30). Erkek faktörü infertilite olgularının yaklaşık %25'inden sorumludur(27). Erkek infertilitesi olgularının %60-75'inde sorumlu bir faktör bulunmamaktadır (idiyopatik erkek infertilitesi) (30). DSÖ 2010 kriterlerine göre semen analizi Tablo.1'deki referans değerleri tanımlamıştır:

Tablo.1. DSÖ 2010 Kriterlerine Göre Semen Analizi(31)

Sperm Parametreleri	Normal Referans Değerleri
Ejakülât Volümü	1.5 ml<
Sperm Sayısı	>15 milyon/ml
Total Sperm Sayısı	>22.5 milyon/ejakülât
Motilite	>%40
İleri Progresyon Skoru (0-4)	>2
Normal Morfoloji(WHO)	>%50
Normal Morfoloji(Kruger)	>%4
Sperm Aglutinasyonu(Skor 0-3)	< 2
Yuvarlak Hücreler	< 1 milyon/ml
Vizkozite (Skor 0-4)	< 3

Erkek infertiliteye neden olan faktörler; sperm üretim bozukluğu, sperm fonksiyon bozukluğu ve duktal sistemdeki bozukluklardır.

Sperm Üretim Bozuklukları: Sperm üretimindeki bozukluklar primer testiküler yetmezlik nedeniyle meydana gelebilir. Bu genetik nedenler kliniferter sendromu veya testislerde anatomik nedenler(kriptorşidizm, varikosel), enfeksiyon(kabakulak, orşidi) ve gonadotoksinlerden kaynaklanmaktadır(16).

Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Sperm fonksiyon bozuklukları anti-sperm antikolar, varikosel, genital organların inflamasyonu(prostatit), sperm yapışma anomalileri ve penetrasyondan kaynaklıdır(16).

Duktal Sistem Bozuklukları: Duktal sistemdeki tıkanıklıklar; vazektomiden, konjenital bilateral vas deferans yokluğundan, konjenital veya kazanılmış epididimis ve ejakuluar duktus obstrüksiyonu ile ilgilidir(16).

Açıklanamayan İnfertilite: Ovulasyon, fallop tüplerinin ve sperm parametrelerinin normal olması ile birlikte infertilite nedeninin mevcut testler ile ortaya çıkarılamaması durumu, nedeni bilinmeyen infertilite olarak tanımlanır(27). Açıklanamayan infertilitenin insidansının kullanılan tanısal kriterlerin farklı olmasına bağlı olarak %10-30 arasında değiştiği bildirilmiştir(32).

İnfertilitenin Emosyonel Nedenleri: İnfertil kadınlar gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine rağmen gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duygularını da taşırlar. Bu korkular gebelik, doğum eylemi veya anne olma ile ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceği veya anne olamama korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir(2).

2.4. İnfertilitenin Değerlendirilmesi ve Tanı Yöntemleri

İnfertil çiftlerle ilk karşılaşma; ardışık değerlendirme ve tedavinin sürecini belirleme açısından son derece önemlidir(13). İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç infertiliteye neden olan faktörleri belirlemek ve tedaviyi planlamaktır. İnfertilitenin sadece kadının değil her iki cinsinde sorunu olduğu önemle belirtilmeli ve bu sorunu hem kadının hem de erkeğin paylaşılmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu hatırlatılmalıdır(16). Çiftlerden herhangi biri ya da her ikisinin üremeyi etkileyen potansiyel bir bozukluk sahibi olması durumunda tanısal testlere hemen başlanılmalıdır. Bu nedenle ilk basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve kadın doğum uzmanlarının çiftlerden her birinin fizik muayenelerini ve öykülerini değerlendirmesi, infertilite sürecinin başlaması kararının alınmasında oldukça kritiktir(13).

İnfertilite değerlendirilmesinde kullanılan kadına yönelik testler; ovulasyon testleri, endokrin testleri, ultrasonografi, post-koital test, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histeroskopi ve laparoskopiyi içerir.

Erkeğe yönelik kullanılan testler ise semen analizi, endokrin testler, ultrasonografi ve testiküler biyopsi testlerini içerir(16).

Kadına Yönelik Tanı Yöntemleri:

Anamnez: İnfertil kadında öykü alırken gravida, parite, gebelik sonuçları ve ilişkili komplikasyonlar, menstrual siklus uzunluğu ve özellikleri, dismenore varlığı ve şiddeti, yaş, infertilite süresi, ilave sorumlu olabilecek medikal faktörler, koitus sıklığı, koitus ile ilgili alışkanlıkları; vajinal lavaj, daha önceki kontraseptif kullanımı, geçirmiş olduğu hastalıklar (over kisti öyküsü, endometriozis, leiomyomlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar yada pelvik inflamatuvar hastalıklar) ve operasyonlar, sigara, alkol veya diğer madde kullanımları, tiroid hastalık semptomları, pelvik veya abdominal ağrı, galaktore, hirsutismus ve disparoni, kullanılan ilaçlar sorulmalıdır(2-27) Bunlara ek olarak sosyal öykü, yaşam tarzı ve yemek alışkanlıkları ile toksinlere maruz kalma gibi çevresel faktörler üzerine odaklanılmalıdır(2).

Fizik Muayene: Fizik muayene infertilitenin birçok nedeni için ipucu sağlayabilir. Bireyin vital bulguları, boy ve kilosu kaydedilmelidir(27). Belirgin şekilde beden kitle indeksinin 25'den büyük ya da 17'den küçük olması infertilite ile ilişkilidir(2). Sekonder seks karakterleri gözlemlenmeli, tiroid bezleri ile meme sekresyon ve özellikleri incelenmelidir(16). Pelvik muayenede, vajina nemli ve kıvrımlı olmalı, serviks ise belirgin miktarda mukusa sahip olmalıdır. Bu durum yeterli östrojen üretimini gösterir. Büyümüş ya da düzensiz şekilli uterus, leiomyomları, fikse uterus ise endometriozis ya da pelvik skar varlığını gösterir(27).

Tanı Testleri:

Bazal Vücut Isısı (BVI): Ovulasyonun olup olmadığını, ovulasyon zamanını dolaylı olarak gösteren basit, ucuz ve geleneksel bir yöntemdir. Kadının vücut ısısını her sabah uyanınca, mümkünse aynı saatlerde ve herhangi bir aktivite uygulamadan ağızdan ölçüp kaydetmesi ile bir grafik oluşturulur. Tipik olarak ovulasyon öncesi siklusun proliferatif ya da preovuluar evresinde BVI 36.7 °C'nin altındadır. Ovulasyon sonrasında progesteronun etkisi ile luteal fazda vücut ısısı yaklaşık 0.5°C artmakta ve 11-12 gün boyunca bu düzeyde seyretmektedir(16-22). Progesteronun etkisi ile ortaya çıkan bu artış ovulasyondan iki gün önce ya da bir gün sonraki süreçte herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğinden vücut ısısındaki artış ovulasyon zamanını kesin olarak belirtmemekte ancak ovulasyonun gerçekleştiğini doğrulamaktadır(16).

Folikül Stimulan Hormon (FSH) Düzeyleri: Erken foliküler fazda, serum FSH düzeyi, over rezervinin basit ve duyarlı bir belirteçidir. Serum FSH düzeyi, klasik olarak menstruasyonun başlamasından sonra, siklusun 3. günü yapılır. 10 mIU/ml'den daha fazla olan değerler over rezervindeki belirgin kaybı, daha hızlı değerlendirme ve daha yoğun bir tedavi başlanması gerekliliğini gösterir(27).

Östradiol (E2) Düzeyleri: E2 düzeyine siklusun 3.günü bakılır. Siklusun 3. gününde >80 pg/ml E2 düzeyi, anormal olarak kabul edilir(27).

Mid-luteal Faz Serum Progesteron Ölçümü: Beklenen menstruasyon tarihinden 7 gün önce alınan örnekte serum progesteron düzeyinin >18 nmol/l (5,6 ng/ml) olması DSÖ tarafından ovulasyonun indirekt bulgusu olarak kabul edilmektedir(33). Mid-luteal dönemde (siklusun 18-24. günleri arası) alınan tek ölçümle serum P değerinin ≥ 10 ng/ml olması ya da bu dönemde 3 gün üst üste alınacak 3 örneğin toplamının ≥ 30 ng/ml olması ovulasyonun iyi bir göstergesidir(16).

Lüteinize Edici Hormon (LH) Monitorizasyonu: LH'ın vücut sıvılarındaki ölçümü bize ovulasyon hakkında bilgi verebilmektedir(16). Ovulasyon, LH yükselmeye başladıktan 24-36, LH pikinden 10-12 saat sonra gerçekleşir(2).

Anti Mülleryan Hormon (AMH): AMH, kadınlarda primer folikül formasyonunda rol oynar. FSH tarafından aşırı folikül geliştirilmesini inhibe ederek, folikülogenezde kritik rol oynar. AMH bağımlı erken foliküler dönem ve foliküler gelişime olan katkıları AMH'nın over rezervi için spesifik bir belirteç olduğuna işaret etmektedir(27).

Tiroid Stimulan Hormon: Tiroid hastalıkları yaygındır ve spesifik tedavi gerektirir. Hipotiroidi, sekonder olarak PRL(prolaktin)'nin artmasına neden olmaktadır. Hipotiroidi tanısının gecikmesinden dolayı hastalara hiperprolaktinemi tanısı konulup tedavi edilmesi yaygındır. Bu yüzden iki hormon aynı anda değerlendirilmelidir. Hipotiroidi amenoreye neden olurken, hipertiroidi menorajiye neden olmaktadır(27).

Prolaktin(PRL) Hormonu: PRL artışı, dopaminin artmasına neden olur. Dopamin artışı ise GnRH sekresyonlarında değişiklik yapar ve ovulasyon engellenir. PRL'nin artışı, prolaktinoma gibi primer bir nedenle olabileceği gibi, tiroid releasing hormondaki artışa sekonder de olabilmektedir(27).

Ultrasonografi(USG): USG, folikülometri yöntemi ile folikül sayısı, folikül gelişimi ve ovulasyon zamanına göre endometrial kalınlığın belirlenmesi açısından ovulasyon hakkında en kesin bilgiyi sağlayan testtir. Ultrasonografik incelemeler sayesinde yetersiz folikül gelişiminin yanı sıra prematür over yetmezliği, rezistan over sendromu, hipoplazik overler, endometriyoma ve polikistik over sendromu gibi birçok patolojik tablo incelenebilir(16).

Post-Koital Test (Sims-Huhner Testi/PCT): Servikal mukustaki sperm fonksiyonu ve servikal mukusun özelliklerini değerlendirmek için yapılan bir testtir(16). Test 3-4 günlük cinsel perhiz sonrası yapılan koitustan sonra, servikal kanaldan alınan, servikal mukus ve spermlerin incelenmesidir(2).

Endometrial Biyopsi: Endometriumdan alınan örneğin histopatolojik olarak incelenerek, endometriumun progesteron ve östrojen uyarısına uygun tepkisinin olup olmadığını belirlemek için yapılır. Bu test genellikle siklusun 24-26. günleri arasında ya da beklenen adetten 2-3 gün önce yapılmaktadır(16).

Histerosalpingografi (HSG): Tubal tıkanıklığın olup olmadığını değerlendirmede, HSG kullanılan en sık yöntemlerden olup, siklusun 6-10. günleri arasında yapılır(27). HSG ile hem tubal geçiş, hem de uterin kavite değerlendirilebilir(22). HSG; tubal tıkanıklıkları, endometriyal polip, fibroidler, myomlar, septa varlığı, uterusun yapısal patolojileri ve uterin yapışıklar (Asherman sendromu) hakkında fikir verir. HSG'nin tanısal faydasının yanı sıra teropatik etkisi de bildirilmektedir(16).

Histereskopi: Genellikle ileri evre bir tetkik yöntemidir. Uterin kavitenin endoskopik olarak incelenmesidir(16).

Laparoskopi: Pelvik organların direkt olarak görüntülenmesi ile uterus, fallop tüpleri ve overlerin değerlendirilmesini sağlar. Laparoskopi infertilite incelemelerinin son basamağını oluşturur(22).

Erkeğe Yönelik Tanı Yöntemleri:

İnfertil erkekte ilk değerlendirmede ayrıntılı bir anamnez ve tam fizik muayenesi esastır. Sonraki basamakta ise semen analizi, endokrin testler ve ayrıntılı bir görüntüleme yöntemi ile hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir(34).

Anamnez: İnfertil erkekte öykü alırken yaş(ilerleyen yaşla birlikte ilişki sıklığı azalır), sigara/alkol(sperm kalitesinde düşüklüğe neden olabilir) kullanımı, orşit ve testis travması gibi olaylar araştırılmalıdır. Cinsel öykü (sıklığı, zamanı), özgeçmişte akciğer, kalp, böbrek gibi hastalık olup olmadığı, mesleki ve çevresel yaşam, kimyasal ya da radyasyon içeren maddelerle maruziyet, hobiler, iş alışkanlıkları sorgulanmalıdır(2).

Fizik Muayene: Genel fizik muayene değerlendirmenin önemli bir bileşenidir. Burada cinsel organlarla ilgili; penis muayenesi, üretral meatusun yeri, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vazların ve epididim varlığı ve yapısı, varikosel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı ve meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri ve rektal muayene gibi özelliklere dikkat edilmelidir(2).

Tanı Testleri:

Semen Analizi: Erkek infertilitesinin araştırılmasında ilk basamak basit semen analizidir. Semen analizi ucuz ve cerrahi işlem gerektirmediği için bütün çiftlerden ilk tetkik olarak istenmektedir. Bazal semen analizinde sperm volüm, konsantrasyon, hareket ve morfolojisine bakılmaktadır. Ancak tanıda temel faktör total sperm sayısıdır(16).

2010 DSÖ kriterlerine göre standart semen analiz değerlerinin genel tablosu ;

- Semen Volümü(ml): $\geq 1.5.0$ mL
- pH : >7.2
- Sperm konsantrasyonu(106/ml): ≥ 15 milyon/mL
- Total spermatozoa sayısı(106) ≥ 39 milyon/ejakulat
- Total Motilite: $\geq \% 40$ hareketli
- Progressive Molilite: $\geq \% 32$ hareketli
- Vitalite (canlı sperm, %) : $\geq \% 58$
- Peroksidaz-pozitif lökosit (106 per ml): <1.0
- Sperm Morfoloji (normal formlar): $\geq \% 4$
- Canlılık : $> \%50$ spermatozoa
- Lökosit : < 1 milyon/ml
- Seminal çinko ($\mu\text{mol/ejakulat}$): >2.4
- Seminal fruktoz ($\mu\text{mol/ejakulat}$): >13
- Seminal nötral glukozidaz (mU/ejakulat): >20
- Immunbead testi (IBT) : $< \%50$ partikül bağlanmış spermatozoa
- MAR testi**: $< \%50$ partikül bağlanmış spermatozoa

*Kruger ve Menkfeld kriterlerine göre değerlendirim **MAR = Mixed antiglobulin reaction(30-35).

Sık ejakülasyon sperm yoğunluğunda azalmaya yol açtığı için semen analizinde 2-7 günlük bir süre önerilmektedir. Tanı için semen analizi parametre değerlerin normal olması durumunda tek analiz yeterli olmasına rağmen parametrelerden en az birinde anormal bulgu

olması durumunda ikinci semen analizi 2-7 günlük cinsel perhiz sonrasında ve ilk testten en az yedi gün sonra olacak şekilde istenmelidir(16).

Semen Değişikliklerinde Kullanılan Terminolojiler;

Normozoospermi: Referans değerlerle tanımlanan normal ejakulat

Oligozoospermi: Sperm sayısının 20 milyon/ml'den az olması

Astenozoospermi: İleriye doğru hareketli sperm oranının % 50'den az olması

Teratozoospermi: Normal morfolojideki spermelerin oranının % 30'dan az olması

Asteno oligozoospermiya: Hareketli spermelerin azlığı ve sayısının 20 milyon/ml'den az olması

Azoospermi: Ejakulatta hiç spermatozoa olmaması

Aspermi: Hiç ejakulat elde edilememesi

Lökospermi: Ejakulatta lökosit sayısının 1 milyondan fazla olmasıdır(36).

Endokrin Testler: Hormonal değerlendirmede başlangıçta FSH, testesteron seviyelerine bakılır ve bu testlerde bir sorun çıkarsa testesteron tekrarı, prolaktin ve LH ölçümleri yapılır(16).

Ultrasonografi (USG): Transrektal, skrotal ve abdominal olarak yapılır.

Transrektal USG: Azospermi değerlendirilmesinde tıkanıklığı dışlamak, seminal veziküllerin ve ejakülatör kanal hipoplazisi veya agenezisini belirlemek için kullanılır.

Skrotal USG: Çoğunlukla varikoselin tanısı için kullanılır.

Abdominal USG: Vas deferens palpe edilemeyen hastalarda böbrekleri değerlendirmek için yapılır(16-34).

Testiküler Biyopsi: Testis biyopsisi, obstrüktif ve non-obstrüktif azospermiyi ayırt edecek belirgin faktörleri(normal FSH ve normal testis volümü) bulunmayan hastalarda yapılması uygundur(30).

2.5. Kadın ve Erkek İnfertilitesinde Tedavi

İnfertilite tedavisinde kullanılan yöntemlerin etkinliği yüksek, maliyeti düşük ve yan etkisi az olmalıdır. İnfertilite tedavisi boyunca eşlere, ilaçları doğru zamanda ve doğru şekilde kullanmak, cinsel perhiz yapmak, uygulamalar için doğru zamanda doğru yerde bulunmak vb. sorumluluklar yüklenmektedir. İnfertilite nedenlerinin çoğu, ilaçla ya da cerrahiyle tedavi edilmektedir(13).

İlaç Tedavisi: Ovulasyonu veya sperm yapımını etkileyen bir hormonal düzensizlik nedeniyle infertilite sorunu yaşayan çiftlerde başarılı bir gebeliği gerçekleştirmek için hormonsal uyarıların yerini almak ve bu uyarıları şiddetlendirmek üzere hormon tedavisi kullanılmaktadır(16). Tedavide başlangıç olarak ilaç dozlarının belirlenmesinde; over rezervi, bazal FSH-E2, VKİ, geçirilmiş over cerrahisi, overlerde kist veya kitle varlığı, kadının yaşı ve daha önceki tedavilere verdiği cevap değerlendirilmelidir. İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar oldukça güçlü olduğundan, kadınlarda ovarian hiperstimülasyona neden olabilmektedir. Hiperstimülasyonu önlemek için, öncelikle ilaç dozunun doğru ayarlanması, günlük USG ile

ovariyan izlem ve estrodiol seviyesinin izlemi oldukça önemlidir. Erkeklerde infertilite nedeni enfeksiyon ise bu durumda uygun antibiyotiklerle tedavi edilmelidir(13).

Cerrahi Tedavi: Erkeklerde varikosel ve tıkanıklıkların tedavisi ile kadınlarda obstrüksiyonların düzeltilmesi amacıyla kullanılmaktadır(16). Yine kadınlarda; endometriozis ve daha önceki cerrahi skar dokusunun çıkarılması için laparotomi ya da laparaskopi yapılmalıdır(37). Adhezyonları azaltmak ve önlemek için lazer tedavisi uygulanmalı, infertilite nedeni ovarian tümör ise, bu tümörler cerrahi ile çıkarılmalı ve mümkünse fonksiyonel ovarian doku bırakılmalıdır(13).

Fertilite Bilincine Dayalı Metodlar: Çiftlere doğurganlık bilincinin kazandırılması bireylerin doğurganlıklarının düzenlenmesi konusunda daha bilinçli karar vermelerini sağlamaktadır(7). Hem erkeklerin hem de kadınların üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisinin bilinmesi ve doğurganlığın fizyolojik belirtilerinin izlenmesi gebelik planlayan çiftlere kolaylık sağlamaktadır(7). Fertilite bilincine dayalı metodlar, kadınların fertil oldukları zaman diliminin tanımlanmasına dayalı aile planlaması yöntemlerini içerir(38). DSÖ, doğal aile planlaması yöntemlerini, siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla gebeliğin önlenmesi yöntemleri olarak tanımlamıştır(39). Fertilite bilincine dayalı yöntemler; fertil ve infertil dönemlerin periyodik olarak tekrarlamasına, her siklusta tek bir yumurtanın çatlaması özelliğine, yumurtanın yaşam süresine, spermin yaşam süresine, kadının kendi siklusunu takip edebilmesi ve siklustaki günlere göre oluşan semptom ve bulguların farkına varabilmesine dayanır(38). Bu yöntemler sayesinde infertil kadınların fertil dönemlerini takip ederek bu dönemlerde sık cinsel ilişkide bulunmaları ile gebelik ihtimalini arttırması söz konusudur.

2.6. Yardımcı Üreme Teknikleri(YÜT)

İnfertilite tedavisinde kullanılan yardımcı üreme teknikleri, infertilite sorununu çözmeye yönelik olarak geliştirilen birçok tekniği içerir(2). Kullanılan YÜT ise şunlardır;

- Intrauterin İnseminasyon (IUI)
- In Vitro Fertilizasyon (IVF) – Embriyo Transferi (ET)
- Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT)
- Zigot Intra Fallopian Transfer (ZIFT)
- Intra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)
- Tubal Embriyo Transfer (TET)' dir.

YÜT olmayan genellikle sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler vardır. Bunlar;

- Zona delinmesi (Assited Hatching)
- Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA)

- Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA)
- Subzonal Sperm İnjesiyonu (SUZI)
- Parsiyel Zona Diseksiyonu (PZD)' dur(16).

İntra Uterin İnseminasyon (IUI): Sperm hücrelerinin seminal plazmadan ayrılıp stimüle edildikten sonra spermin bir çubuk aracılığıyla uterus içerisine verilmesidir(36). Bu yöntemin özelliği konsantre, hareketli spermlerin, fertilizasyonun doğal yeri yakınına yerleştirilmesi esasına dayanmasıdır(16). IUI daha karmaşık tedavilere başlamadan önce pek çok çift için ilk seçenektir. IUI; diğer YÜT'lere göre daha ucuz, daha basit ve daha az invaziv özelliklere sahiptir. IUI; normal ilişkiye oranla gebelik şansını %5-20 artırır. Uygulama sayısı arttıkça gebelik şansında artar(13).

İn Vitro Fertilizasyon (IVF) – Embriyo Transferi (ET): Farklı ajanlarla ovulasyon indüksiyonunu takiben oositlerin alınması ve laboratuvar ortamında fertilizasyonun ardından oluşan embriyonun uterusu transservikal yerleştirilmesi işlemidir(13). Ciddi tubal hastalık, ciddi endometriozis, ciddi erkek faktörü, multifaktöryel infertilite, ovaryan yetmezlik, yaşa bağlı ya da açıklanamayan infertilite olgularında gebelik şansını artırır(40). Bu işlem kontrollü ovaryen hiperstimülasyon, oositlerin toplanması, dölleme ve embriyo gelişim dönemi, embriyo transferi basamaklarından oluşur(2). Bu aşamalara kısaca bakacak olursak;

- Kontrollü Ovaryen Hiperstimülasyon: Tedavinin ilk kısmını oluşturan bu safhada hastanın hormonal tetkik sonuçları, antral follikül sayısı, daha önceki tedavi ve ilaçlara verdiği cevaba göre seçilen protokollerle, follikül geliştirilebilir. Amaç normalde 1 ya da 2 adet olan aylık follikül gelişimini, amaca uygun olarak 3-15 adet arasında olmasını sağlamaktır(2).

- Oositlerin Toplanması: Kontrollü ovaryen hiperstimülasyon ile olgunlaştığını ultrasonografik ve hormonal testlerle gösteren oositler, ovulasyonu başlatan bir ilacın yapılmasını takip eden 36. saatte toplanır (2).

- Dölleme Ve Embriyo Gelişim Dönemi: Dölleme işlemi iki farklı şekilde yapılabilmektedir. Birincisi IVF ikincisi ICSI metodudur. IVF'te, toplanan oositler spermlerle hazırlanan petri kaplarında inkübe edilir. ICSI yönteminde ise alınan oositler, direkt olarak yumurtanın içerisine enjekte edilmektedir. Başarı oranının %50-70 arasında olması nedeni ile daha çok tercih edilen yöntemdir(2).

Embriyo Transferi(ET): Embriyo transferi fertilizasyondan sonraki 2-3. günde, katater yardımıyla embriyonun uterusu yerleştirilmesidir(16).

İntra Sitoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI): ICSI, oosit zona pellusidasında delik açılarak tek bir spermin oosit sitoplazması içine verilmesidir. ICSI'da gebelik oranı yaklaşık %30 olup oligospermi ve sperm motilitesi bozukluklarında tercih edilir(16).

Gamet İntra Fallopiyan Transferi (GIFT): IVF yönteminin daha basit bir şeklidir. Fallop tüplerine gamet transferi yönteminde, kadın ve erkekten alınan ovum ve spermler direkt olarak

fallop tüplerine yerleştirilerek fertilizasyon sağlanır. Bu yöntem spermilerin servikal mukusta veya uterusu yaşayamadığı durumlarda denenir(2).

Zigot İntrafallopian Transfer(ZIFT): ZIFT, IVF ile GIFT yöntemlerinin karışımıdır(13).

Tubal Embriyo Transferi (TET): TET, kültür ortamında 24 saatten fazla bekletilen veya dondurulmuş embriyoların fallop tüplerinin içine transfer edilmesidir(16).

2.7.İnfertilitenin Psikolojik Boyutu

İnfertilite kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye özel, beklenmeyen stresörlerle karşılaşır, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir(41). Çiftlerin bu krize tepkisi 9 evrede incelenebilir(1):

1. Şok ve inanmama evresi: Bu evre infertilite krizinde ilk evredir. Çift infertilite durumuna hazırlıksızdır, çiftlerin hep gebelik ümidi olduğundan bu durumu kabullenmeleri oldukça güçtür(37).

2. Yadsıma (inkar) evresi: Bu evrede çiftler, durumu yaşadıkları yoğun strese, geçirilen gribe, yorgunluğa ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkide bulunmadıklarına ve ilk aylarda hamile olmamanın normal olması gibi düşüncelere bağlayarak bu durumu bastırmaya çalışır(1-37).

3. Anksiyete: İnfertil olan eş diğer eşin gözünde ‘yetersiz ve eksik’ olmaktan, onun sevgisini kaybetmekten veya terk edilmekten korkar(2). Eşler tıbbi yardım almaktan utanabilir veya tedavi sırasında özellikle kadınlar bedenini “saldırıya uğruyor” ya da “işgal ediliyor” gibi hissedip yoğun bir korku yaşayabilir(2-37).

4. Öfke: İnfertil çift haksızlığa uğradığını düşünürler ve ‘neden biz?’ sorusuna yanıt ararlar. Bu düşünce beraberinde kendine veya eşe öfke ve düşmanlığı getirir(1).

5. Kontrol kaybı: Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları irdelenmektedir(2).

6. Yalnızlık ve yabancılaşma: Ümit ve hayal kırıklıklarının yaşanması nedeniyle çift yıpranır. Çocuğu olan diğer arkadaşlar tarafından; ‘kusurlu’ görüleceği düşüncesi ve paylaşılacak ortak yönlerin azalması nedeniyle, çift önce çevreden uzaklaşır. Bu düşünce zamanla eş tarafından da anlaşılammaya ve yabancılaşma dönüşür(1).

7. Suçluluk: İnfertil olan eş, kültürden gelen anne-babalık rolünü eşinin kendisi yüzünden yaşayamadığını düşünerek kendini suçlar(1-2).

8. Depresyon ve yas: İnfertil çift için gebe kalınamayan her ay; mensle birlikte var olan bir çocuğun kaybedilmesi gibi algılanır. Bu kayıp duygusu, beraberinde yas ve depresyonu getirir. Çünkü kaybedilen sadece çocuk değil; ideal aile olma ümidi ve mutlu bir gelecektir. Böylece yas süreci beraberinde depresyonu getirir(1).

9. Yavaş yavaş çözülme: Çiftler artık biyolojik yollarla çocuk sahibi olamayacağını kabul ederler. Bu yol ayrımında çifti çocuksuz evliliği sürdürme, boşanıp yeniden evlenme, evlat edinme gibi zor kararlar beklemektedir(1).

İnfertilite, bireye özel ve sonuçları belirsiz bir durum olması nedeniyle stresör ve yaşam krizi olarak ifade edilmektedir. Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmekte ve bu tepki infertilite nedeninin eşin hangisi olduğuna bağlı olarak da değişebilmektedir(42). Yapılan karşılaştırılmalı çalışmalarda erkeklerde daha az sıklıkta klinik suçluluk, depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür(11). Bunun temel sebebi, sorun hangi bireyde olursa olsun toplumun gözünde kadın hamile kalma ve çocuk doğurma görevini yerine getiremediği için en büyük sorumluluğun kadına ait olduğu düşüncesidir. Bu da kadınlarda var olan baskı, depresyon ve stres düzeyini daha da arttırmaktadır. Stresin kaynağında ise; toplumun çiftlere yüklediği çoğalma ve soyunu devam ettirme rolünü yerine getirmede kendilerini yetersiz ve başarısız görmeleri, kişinin bu durumdan kendini sorumlu tutması, anne baba olamamanın verdiği üzüntü, zorlu tedavi süreci ve tedavide başarısızlık korkusu vardır. Yaşanılan bu stres bireyleri sadece psikolojik olarak değil fizyolojik olarak da etkilemektedir. Stres kadınlarda ovulatuvar disfonksiyon ve luteal faz defekti gelişmesi, uterus ve fallop tüplerinin fonksiyonunda ve implantasyonda bozulma gözlenirken, erkeklerde ise seksüel performansla ilgili anksiyete, geçici sürelerle gelişen ereksiyon bozukluğu ve buna bağlı olarak koitus sıklığında azalma ve sperm kalitesinde bozulma gözlenmektedir(41).

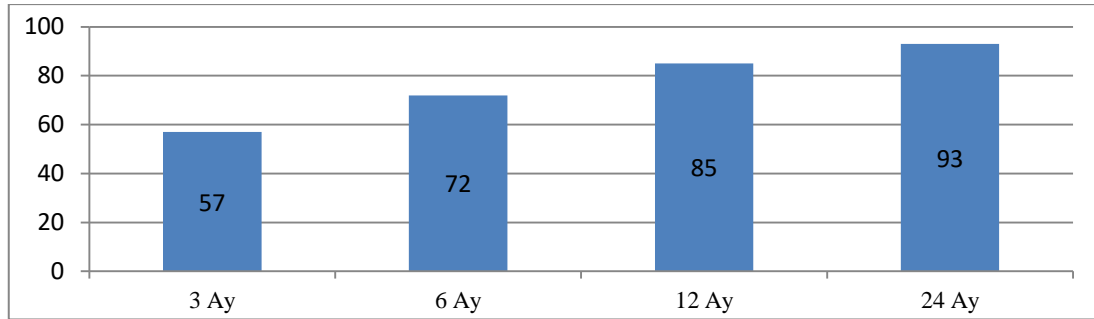
Domar(2008), IVF siklusu öncesinde veya sırasında bireylerin stres düzeyi ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran ve yeterli veri içeren 21 çalışmayı incelemiş, bu çalışmaların 15'inde stres ile gebelik arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. En stresli hastalarda en düşük gebelik oranlarının tespit edilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir(41). Stresin etkilerini belirlemeye yönelik Domar ve arkadaşları tarafından(2004) yapılan bir başka araştırmada ise 151 kadın IVF siklusu öncesinden başlanarak incelenmiştir ve stres düzeyleri ile toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve bebek doğum ağırlıkları arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir(41).

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek veya tümüyle ortadan kaldırmak için bazı yöntemler kullanılmaktadır. Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini Peterson ve arkadaşları(2006) meydan okuyarak başa çıkma, uzaklaştırma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluğu kabul etme, kaçış/uzak durma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme olmak üzere sekiz alt boyutta toplamışlardır. Bayley ve arkadaşları(2009) infertilite ile başa çıkma yöntemlerini kendini suçlama-kaçınma, emosyonel destek arama ve bilişsel yeniden yapılandırma olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmişlerdir. Schmidt, Christensen ve arkadaşları(2005) ise çalışmalarında infertilite

stresi ile başa çıkma yöntemlerini; aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi, aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi, pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi, anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi olmak üzere dört alt boyutta incelemiştirler. İnfertil çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin ise bırakılmasına yönelik girişimlerin planlanmasında oldukça önemlidir(41).

2.8.Dünya’da ve Türkiye’de İnfertilite

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin %10-15’ini etkileyen, yaygın bir durumdur. Önemli olarak tedavisiz bile, kadınların yaklaşık yarısı, denemelerinin 2. yılında gebe kalabilmektedir. Bu oranlar, Şekil 1’de gösterilmektedir. Geçen 40 yıl süresince infertilite prevalansı, göreceli olarak sabit kalmaya devam etse de, infertilite için değerlendirme ve tedavi gereksinimi, belirgin olarak artmıştır(27).



Şekil 1. Korunmasız Düzenli Cinsel İlişki İle Spontan Gebe Kalma Oranlarının Zamana Bağlı Değişimi

Dünya’da kadın ve erkek infertilite oranlarında; çiftlerin %8’inin ya da yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir(43). Dünyada ortalama her 10 kadından biri infertilite sorunu yaşamaktadır(12). İnfertilitenin görülme sıklığı, toplumlarda farklılık göstermekle birlikte; gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10’unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-20’sinde infertilite görülmektedir(5). Bu çiftlerin de %56’sının medikal yardım aldığı belirtilmektedir(44). Gelişmiş ve gelişmekte olan 25 farklı ülkede 1990-2006 yılları arasında yapılan kapsamlı bir araştırma; 20-44 yaş grubu arasında evli ve çocuk istemi olan 72,4 -120,6 milyon kadının infertil olduğunu ve 40-90,4 milyon kadının infertilite tedavisi gördüğünü ortaya koymuştur(16). Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40-49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1.3), Ürdün (%2.2) ve Suriye (%2.9)’dir. Buna karşın özellikle Afrika’da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Amerika’da sağlık bakımı uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu bildirmektedirler(5). Türkiye’de infertilite oranının %10-15 seviyesinde olduğu düşünülmektedir(43). Türkiye’de infertilitenin her 6 çiftten biri ya da 1.5-2 milyon kadını etkilediği bildirilmektedir(12-45). Çiftlerin yaklaşık %10-20’si nedeni açıklanamayan infertiliteye sahiptir ve infertilite nedenleri arasında primer infertilite oranı %55-75 iken sekonder infertilite oranı %25-40’tır(45).

2.9. İnfertilitenin Hemşirelik Boyutu

İnfertilite hemşireliği; infertil çiftin değerlendirilmesi, tedavisi ve erken gebelik süreçlerinde çiftlere duyarlı, bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla bakım veren özelleşmiş bir hemşirelik alanıdır(46). İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, çiftlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır(45). İnfertilite çok belirgin fizyolojik ve sosyolojik etkileri olan önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte, infertilite tanısı alanlarda en sık rastlanan duygu hüzüdür. Buna şok ve inanmama, engellenme, öfke, depresyon ve aşırı hüzüde eşlik edebilir. Sorun kabul edildikten sonra yardım ve destek aranmaya başlanır. Kişilerin bu dönemde bilgilendirilmesi sorunu kabullenip baş edebilmesi ve tedaviye uyumu açısından oldukça önemlidir(45). Terzioğlu ve ark.(2001)'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada tedavi sırasında günlük bilgi ve destek alan infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon skorlarının daha düşük; yaşam memnuniyetleri ve gebelik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur(41). Bu nedenle hemşire, danışmanlık işlevi ile bu yardımın verilmesinde önemli bir yere sahiptir. İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar:

1. Bilgi verme: Bu danışmanlık yöntemi,, infertilite veya herhangi bir konuda bireye ya da çifte ihtiyacı olan bilgiyi vermektir. Buradaki en önemli husus bilginin anlaşıldığından emin olmak ve farkındalık yaratmaktır. Bunun için hemşireler, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalı ve bakım verdikleri grubun genel özelliğini iyi bilmelidirler(5).

2. Destekleyici danışmanlık: İnfertilite hemşiresi çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve tedavi sonrasında duygusal olarak destekler. Bu destek özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında, gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonucunda gebelik oluşmadığında ya da çoğul gebeliğin olduğu durumlarda gerekli olmaktadır. İnfertilite hemşiresi gebelik oluşmadığında bireye ya da çifte olası alternatifler hakkında tavsiyelerde bulunabilmelidir. İnfertilite hemşiresi, infertil çiftlerin ilgilerini öğrenmeye, korkularını gidermeye, beklenti ve sorularını yanıtlamaya hazır olmalıdır. Tedavi kaynaklı stresi hafifletmek konusunda infertilite hemşiresi önemli bir konumdadır(5).

3. Diğer rolleri: Hemşirenin gittikçe önem kazanan diğer rolleri; hasta hakları savunuculuğu, mali danışmanlık ve yasal gözlemciliktir(5).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, fertil-infertil kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgilerinin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılması planlanmıştır. Bölüm, kadın hastalıkları ve doğum servisi, polikliniği ve doğum salonu olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniği gebe, jinekoloji, ultrasonografi ve 2 müdahale odasından oluşurken, kadın hastalıkları ve doğum servisi 23 yataklı bir birimdir. Son kısım olarak doğum salonu bölümü 1 ultrasonografi, 1 müdahale, 3 doğum salonu, 1 travay odası, 1 nst odası bölümlerinden oluşmakta olup 11 yataklı bir birimdir. Bölümde toplam 18 hemşire ve 15 asistan görev yapmaktadır. Çalışmamızın yapılabilmesi için Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından gerekli kurum izinleri alınmıştır. Veriler 20.01.2017-20.04.2017 tarihleri arasında toplanmıştır(Ek 3).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2016 yılı boyunca Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuru yapan 4339 gebe ile 2458 infertil toplam 6797 kadın oluşturmuştur. Çalışma örneklemi hesaplanmış olup çalışma süresince poliklinik ve servislere başvuru yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 223 gebe ve 157 infertil, 380 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur(47).

3.4. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında fertil ve infertil bireylerin tanıtıcı özelliklerini ve üreme bilgilerini ölçen anket formu(Ek 1) ve stres düzeylerini ölçmek için Fertilité Sorun Envanteri(FSE)(Ek 2) kullanılmıştır.

Kadınların tanıtıcı özelliklerini ve üreme bilgilerini ölçen anket formu: Fertil ve infertil kadınların yaş, eğitim düzeyi, çalışması, aile tipi, çocuk sayısı, evlilik süresi, çocuk sahibi olmak için tedavi görmesini ölçen 12 soru, sadece infertil kadınların infertilite süresi, infertilite nedeni, infertiliteyi paylaşma durumunu değerlendirmeye yönelik 5 soru olmak üzere; toplam 17 tanıtıcı soru bulunmaktadır. Kadınların ovulasyon, menstruasyon ve gebelik ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik de toplam 19 soru yer almaktadır (Ek 1) .

Fertilité Sorunu Envanteri (FSE): FSE, bireyin infertilite ile ilişkili stres düzeyini ölçmek üzere Newton ve arkadaşları tarafından 1999'da geliştirilen ve 46 maddeden oluşan kendini değerlendirme tipinde bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını ve geçerlilik-

güvenirlilik çalışmasını Eren N. 2008 yılında yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri kadınlarda $\alpha=0.89$ bulunmuştur(12). Ölçeğin bizim çalışmamızdaki Cronbach alpha değeri 0.84 olarak belirlenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutları ve Global Stres Puanı için de hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değerleri hesaplanmıştır. Global Stres Puanının cronbach's alpha değeri 0.802'dir. Bu değerler GSP'de genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten yüksektir(48). FSE alt boyutlarının cronbach's alpha değerleri ise; sosyal sorunlar alt boyutunda 0.612, cinsel sorunlar alt boyutunda 0.438, ilişkiler alt boyutunda 0.566, çocuksuz yaşamı reddetme alt boyutunda 0.631 ve ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutunda 0.682'dir. Alt boyutlar için de %40 - %60 aralığındaki Cronbach's Alpha değerleri kabul edilebilir aralıktadır.

FSE, primer ve sekonder infertiliteye sahip tüm bireylerde kullanılabilir. Fertil bireylerin ise, infertiliteyi düşünerek maddeleri işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek, infertilite ile ilişkili daha spesifik alanlardaki stresi değerlendiren beş alt boyut içermektedir. Bunlar; sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkisel sorunlar, ebeveyn olma ihtiyacı ve çocuksuz yaşam biçimini red başlıklarında değerlendirilir. Toplam 18 madde ters ifade olup; global stres puanı 46 maddeden elde edilen puanlardan oluşmaktadır. Ölçeğin "tamamen katılıyorum" ve "hiç katılmıyorum" arasında değişen altılı Likert tipi bir ölçüm sınıflaması vardır. Yüksek puanlar infertilite ile ilişkili artmış stresi göstermektedir(12). Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Formların uygulanması 20-25 dk arasında sürmüştür.

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin SPSS 20.00 paket programında değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin araştırılmasında Cronbach's alpha katsayısı kullanılmıştır. Çalışmada t testi, X^2 , sayı ve %, korelasyon testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi, post-hoc analizleri için homojen dağılamda LSD, homojen dağılmayanda Dunnet T3 kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma kapsamına alınan fertil ve infertil kadınlara araştırmanın yapılma sebebi ve araştırmanın önemi hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılmak isteyenlerden sözlü onam alınmıştır. Araştırma için; Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden "10/03.2017 tarihli 2017/15044 sayılı" ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından "09/03.2017 tarihli 2017/14705 sayılı" yazılı izin alınmıştır(Ek3). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan "31/10/2016 tarihli 2016/285 sayılı" etik kurul kararı ile onay alınmıştır(Ek 4).

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma konusu hastanede kayıtlı olan fertil-infertil ayrımı kolaylığı nedeniyle değerlendirilerek araştırmamız klinikle sınırlı kalmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışma fertil ve infertil kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve üreme fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, üreme bilgilerinin stres düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmek için 223 fertil ve 157 infertil kadına uygulanmış olup bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 2. İnfertil Kadınların Özellikleri Dağılımı

Çocuk İsteği Süresi	Sayı	%
1-3 yıldır	98	62.4
4-6 yıldır	35	22.3
7 yıl ve üzeri	24	15.3
Tedavi Görme Süresi		
1-3 yıldır	123	78.4
4-6 yıldır	20	12.7
7 yıl ve üzeri	14	8.9
İnfertilite Nedeni		
Kadın	73	46.5
Erkek	19	12.1
Hem Kadın Hem Erkek	17	10.8
Açıklanamayan	48	30.6
İnfertiliteyi Paylaşma Durumu		
Evet	139	88.5
Hayır	18	11.5
Aile İle Paylaşma		
Evet	102	65
Hayır	55	35
Arkadaşlar İle Paylaşma		
Evet	29	18.5
Hayır	128	81.5
Herkes İle Paylaşma		
Evet	33	21
Hayır	124	79
Adet Tarihi Bilme Durumu		
Evet	133	84.7
Hayır	24	15.3
Toplam	157	100

Tablo 2’de araştırmaya katılan infertil kadınların; %62.4’ünün 1-3 yıldır çocuk sahibi olmak istediği, %78.3’ünün 1-3 yıldır çocuk sahibi olmak için tedavi gördüğü, %46.5’inde infertilite nedeninin kadın faktörü olduğu, %88.5’inin bu durumu başkalarıyla paylaştığı, %65’inin aile ile paylaşımında bulunduğu ve %84.7’sinin adet tarihini bildiği tespit edilmiştir.

Tablo 3. İnfertil Kadınların Tedavi Sürelerine Göre İnfertiliteyi Aile İle Paylaşma Dağılımı

TEDAVİ SÜRESİ	İNFERTİLİTEYİ AİLE İLE PAYLAŞMA				TEST VE ANLAMLILIK
	EVET		HAYIR		
	Sayı	%	Sayı	%	
1-3 Yıl	84	82.4	39	70.9	X ² =8.96 , p=0.01
4-6 Yıl	14	13.7	6	10.9	
7 Yıl Ve Üzeri	4	3.9	10	18.2	
Toplam	102	65	55	35	

Tablo 3’de araştırmaya katılan infertil kadınların tedavi süreleri ile infertiliteyi aileleri ile paylaşma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde aralarında anlamlı bir saptanmıştır(p<0.05).

İnfertil kadınların evlilik süreleri arttıkça infertilite durumunu aileleri ile paylaşma oranları azalmaktadır.

Tablo 4. İnfertil Kadınların Tedavi İhtiyaçlarına Göre İnfertilite Nedeni ve Çocuk İstedığı Süre Dağılımı

TEDAVİ İHTİYACI	İNFERTİLİTE NEDENİ								ÇOCUK İSTEĞİ SÜRESİ					
	Bana Bağlı		Eşime Bağlı		Hem Bana Hem Eşime		Bilinmeyen		1-3 YIL		4-6 YIL		7 YIL VE ÜZERİ	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet Daha Önce Tedavi Gördüm	61	83.6	15	78.9	14	82.4	25	52.1	61	62.2	33	94.3	21	87.5
Hayır İlk Kez Görüyorum	12	16.4	4	21.1	3	17.6	23	47.9	37	37.8	2	5.7	3	12.5
Toplam	73	46.5	19	12.1	17	10.8	48	30.6	98	62.4	35	22.3	24	15.3
TEST VE ANLAMLILIK	X ² =15.97 , p=0.001								X ² =16.44 , p=0.000					

Tablo 4’te araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite nedenleri ile tedavi ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir(p<0.05).

İlk kez tedavi gören kadınların çoğunluğunda nedeni bilinmeyen infertilite görülürken; çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi gören kadınların çoğunluğunda infertilite nedeni kadındır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların çocuk isteği süresi ile tedavi ihtiyacı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır(p<0.05).

İlk kez tedavi gören kadınların çoğunluğu 1-3 yıldır çocuk isterken; çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi gören kadınların çoğunluğu 4-6 yıldır çocuk sahibi olmak istemektedir.

İnfertil kadınların çoğunluğu evliliklerinin ilk yılından itibaren çocuk sahibi olmak için tedavi görmektedir.

Tablo 5. Fertil ve İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı

Tanımlı Özellikler	Fertil		İnfertil		Toplam		Test ve Anlamlılık
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	28.5 ± 6.36		29.70 ± 6.32		29.03 ± 6.36		t= (-) 1.72, p=0.08
Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	9	4	9	5.7	18	4.7	X ² =5.70 , p=0.33
Okur Yazar	10	4.5	12	7.6	22	5.8	
İlkokul Mezunu	83	37.2	46	29.3	129	34	
Ortaokul Mezunu	58	26	37	23.6	95	25	
Lise Mezunu	37	16.6	27	17.2	64	16.8	
Üniversite Mezunu Ve Üzeri	26	11.7	26	16.6	52	13.7	
Çalışma Durumu							
Çalışıyorum	19	8.5	23	14.6	42	11.1	X ² =3.52, p=0.69
Çalışmıyorum	204	91.5	134	85.4	338	88.9	
Yaşadığınız Yer							
Büyükşehir	141	63.2	94	59.9	235	61.8	X ² = 3.59 , p=0.16
Şehir	40	18	40	25.5	80	21.1	
İlçe Veya Köy	42	18.8	23	14.6	65	17.1	
Gelir Durumu							
Kötü	36	16.1	20	12.7	56	14.7	X ² =1.23, p=0.54
Orta	159	71.3	113	72	272	71.6	
İyi	28	12.6	24	15.3	52	13.7	
Aile Tipi							
Çekirdek Aile	189	84.8	131	83.4	320	84.2	X ² =0.12, p=0.72
Geniş Aile	34	15.2	26	16.6	60	15.8	
Evlilik Süresi							
0-12 Ay*	32	14.3	7*	4.5	39	10.3	X ² =20.17, p=0.00*
13-48 Ay	59	26.5	58	36.9	117	30.8	
49-84 Ay	33	14.8	35	22.3	68	17.9	
85-120 Ay	28	12.6	25	15.9	53	13.9	
120 Ay Üzeri	71	31.8	32	20.4	103	27.1	
Çocuk Sayısı							
Çocuk Yok	64	28.7	97	61.8	161	42.4	X ² =52.02, p=0.00*
1 Çocuk	58	26	36	22.9	94	24.7	
2 Çocuk	44	19.7	16	10.2	60	15.8	
3 Çocuk Ve Üzeri	57	25.6	8	5.1	65	17.1	
Tedavi İhtiyacı Olma Durumu							
Tedavi İhtiyacı Olmadı	182	81.6	0	0	182	47.9	X ² =255.3, p=0.00*
Evet, Daha Önce Tedavi Gördüm	41	18.4	115	73.2	156	41.1	
Hayır, İlk Kez Tedavi Görüyorum	0	0	42	26.8	42	11	
Toplam	223	58.6	157	41.4	380	100	

*İnfertillerde evlilik süresi 12 ay olanlar dahil edilmiştir.

Tablo 5’de, araştırmaya katılan fertil ve infertil kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05). Araştırmadaki fertil kadınların; %37.2’si ilkokul mezunu, %91.5’inin çalışmadığı, %63.2’sinin büyükşehirde yaşadığı, %71.3’ünün geliri orta düzeyde, %84.8’inin çekirdek aile olduğu, %31.8’inin evlilik süresinin 120 ay ve üzeri olduğu, %28.7’sinin çocuğunun olmadığı, %18.4’ünün çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi gördüğü tespit edilmiştir.

İnfertil kadınların; %29.3’ü ilkokul mezunu, %85.4’ünün çalışmadığı, %59.9’unun büyükşehirde yaşadığı, %72’sinin geliri orta düzeyde, %83.4’ü çekirdek aile yapısında, %36.9’unun evlilik süresinin 13-48 ay olduğu, %61.8’inin çocuğunun bulunmadığı ve %73.2’sinin çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi olduğu tespit edilmiştir.

Fertil ve infertil kadınlar arasında; evlilik süresi, çocuk sayısı ve çocuk sahibi olmak için tedavi ihtiyacı olma arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 6. Fertil ve İnfertil Kadınların Üreme Fonksiyonları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı

Üreme Bilgileri	Fertil		İnfertil		Toplam		Test ve Anlamlılık
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adet Düzeni							
Evet	182	81.6	121	77.1	303	79.7	$X^2=1.17$, $p=0.27$
Hayır	41	18.4	36	22.9	77	20.3	
Adet takvimi/ günlüğü kullanma							
Evet	66	29.6	86	54.8	152	40	$X^2=24.34$, $p=0.00^*$
Hayır	157	70.4	71	45.2	228	60	
Bir sonraki adet dönemi 20-36 gün sonra başlar							
Evet	189	84.8	135	86	324	85.3	$X^2=0.11$, $p=0.73$
Bilmiyor	34	15.2	22	14	56	14.7	
Adet dönemi 2-8 gün sürebilir							
Evet	213	95.5	153	97.5	366	96.3	$X^2=0.97$, $p=0.32$
Bilmiyor	10	4.5	4	2.5	14	3.7	
Adet dönemlerine 2 hafta kaldığında kramp görülebilir							
Evet	108	48.4	66	42	174	45.8	$X^2= 1.51$, $p=0.21$
Hayır	115	51.6	91	58	206	54.2	
Adet dönemlerine 2 hafta kaldığında şişkinlik görülebilir							
Evet	93	41.7	85	54.1	178	46.8	$X^2= 5.72$, $p=0.01^*$
Hayır	130	58.3	72	45.9	202	53.2	
Adet dönemlerine 2 hafta kaldığında göğüslerde ağrı görülebilir							
Evet	113	50.7	120	76.4	233	61.3	$X^2= 25.77$, $p=0.00^*$
Hayır	110	49.3	37	23.6	147	38.7	
Adet döngüsündeki en önemli hormon							
Östrojen	25	11.2	30	19.1	55	14.5	$X^2= 9.58$, $p=0.008^*$
Progesteron	25	11.2	28	17.8	53	13.9	
Bilmiyor	173	77.6	99	63.1	272	71.6	
Yumurtlamadan genellikle 14-16 gün sonra adet dönemi gerçekleşir							
Evet	120	53.8	116	73.9	236	62.1	$X^2=15.77$, $p=0.00^*$
Bilmiyor	103	46.2	41	26.1	144	37.9	
Yumurtlama olgunlaşmış bir yumurtanın yumurtalıktan serbest bırakılmasıdır							
Evet	122	54.7	119	75.8	241	63.4	$X^2=17.66$, $p=0.00^*$
Bilmiyor	101	45.3	38	24.2	139	36.6	
Her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısı 1'dir							
Evet	60	26.9	78	49.7	138	36.3	$X^2=20.66$, $p=0.00^*$
Bilmiyor	163	73.1	79	50.3	242	63.7	
Bir kadının yumurtası vücudunda 1 gün canlı kalabilirken, erkek spermi kadın vücudunda 5-7 gün canlı kalabilir							
Evet	94	42.2	92	58.6	186	48.9	$X^2=9.97$, $p=0.002^*$
Bilmiyor	129	57.8	65	41.4	194	51.1	
Yumurtlama döneminin en belirgin özelliği vajinal akıttır							
Evet	157	70.4	138	87.9	295	77.6	$X^2=16.23$, $p=0.00^*$
Bilmiyor	66	29.6	19	12.1	85	22.4	
Yumurtlama dönemindeki vajinal akıntı çiğ yumurta akı rengindedir							
Evet	142	63.7	129	82.2	271	71.3	$X^2=15.39$, $p=0.00^*$
Bilmiyor	81	36.3	28	17.8	109	28.7	
Gebelik spermin yumurtayı döllenmesi sonucu oluşur							
Evet	211	94.6	150	95.5	361	95	$X^2=0.165$, $p=0.68$
Bilmiyor	12	5.4	7	4.5	19	5	
Döllenmenin gerçekleştiği organ?							
Tüpler	33	14.8	32	20.4	65	17.1	$X^2=2.026$, $p=0.15$
Yumurtalık veya rahim	190	85.2	125	79.6	315	82.9	
Hormonlar rahmin gebelik için hazırlanmasına yardımcı olur							
Evet	175	78.5	136	86.6	311	81.8	$X^2=4.117$, $p=0.04^*$
Bilmiyor	48	21.5	21	13.4	69	18.2	
Kadın yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girerse hamile kalma ihtimali yüksektir							
Evet	188	84.3	145	92.4	333	87.6	$X^2=5.511$, $p=0.01^*$
Bilmiyor	35	15.7	12	7.6	47	12.4	
Yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmeme etkili bir korunma yöntemidir							
Hayır	113	50.7	65	41.4	178	46.8	$X^2=3.18$, $p=0.07$
Bilmiyor	110	49.3	92	58.6	202	53.2	
Kadında gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organ							
Rahim	92	41.3	47	29.9	139	36.6	$X^2=5.089$, $p=0.02^*$
Yumurtalık veya tüp	131	58.7	110	70.1	241	63.4	
Toplam	223	58.6	157	41.4	380	100	

Tablo 6'da, araştırmaya katılan fertil kadınların %81.6'sının adetlerinin düzenli olduğu, %70.4'ünün adet takvimi/günlüğü kullanmadığı tespit edilmiştir. Fertil kadınların adet dönemi hakkındaki bilgileri: %84.8'inin bir sonraki adet döneminin 20-36 gün sonra başladığını ve %95.5'inin adet döneminin 2-8 gün sürebileceğini bildiği, %51.6'sının adet dönemine 2 hafta kala kramp olabileceğini, %58.3'ü adet dönemine 2 hafta kala şişkinlik görülebileceğini bilmediği, %50.7'si 2 hafta kala göğüslerde ağrı olabileceğini bildiği, %11.2'sinin adet döneminde önemli hormonu bildiği saptanmıştır. Ovulasyon dönemi bilgileri: %53.8'i yumurtlamadan 14-16 gün sonra adet gerçekleştiğini, %54.7'si yumurtlama tanımını bildiği, %73.1'inin her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısını ve %57.8'inin yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini bilmediği, %70.4'ünün yumurtlamanın en belirgin özelliğinin vajinal akıntı olduğunu, %63.7'sinin yumurtlama dönemindeki vajinal akıntının yumurta akı renginde olduğunu bildiği tespit edilmiştir. Gebelik hakkındaki bilgileri: %94.6'sının gebeliğin tanımını bildiği, %85.2'sinin döllenmenin gerçekleştiği organı bilmediği, %78.5'inin hormonların rahmi gebelik için hazırladığını bildiği, %84.3'ünün yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girilirse hamile kalma ihtimalinin yüksek olduğunu ve %50.7'sinin bu dönemde cinsel ilişkiye girmemenin korunma etkin yöntem olmadığını bildiği, %58.7'sinin gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilmediği tespit edilmiştir.

İnfertil kadınların adet dönemi bilgileri: %77.1'inin adetlerinin düzenli olduğu, %54.8'inin adet takvimi/günlüğü kullandığı, %86'sının bir sonraki adetlerinin 20-36 gün sonra başladığını ve %97.5'inin adet döneminin 2-8 gün sürebileceğini bildiği, %58'inin adete 2 hafta kala kramp olabileceğini bilmediği, %54.1'i adete 2 hafta kala şişkinlik görülebileceğini ve %76.4'ünün adete 2 hafta kala göğüslerde ağrı olabileceğini bildiği tespit edilmiştir. Ovulasyon dönemi bilgileri: %73.9'unun yumurtlamadan 14-16 gün sonra adet gerçekleştiğini ve %75.8'inin yumurtlama tanımını bildiği, %50.3'ünün her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısını bilmediği, %58.6'sının yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini bildiği, %87.9'unun yumurtlama döneminin en belirgin özelliğinin vajinal akıntı olduğunu ve %82.2'sinin yumurtlama dönemi vajinal akıntının yumurta akı renginde olduğunu bildiği saptanmıştır. Gebelik bilgileri: %95.5'inin gebeliğin tanımını bildiği, %79.6'sının döllenmenin olduğu organı bilmediği, %86.6'sı hormonların rahmi gebelik için hazırladığını ve %92.4'ü yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girerse hamile kalma ihtimalinin yüksek olduğunu bildiği, %58.6'sının yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmemenin etkili bir korunma yöntemi olmadığını ve %70'inin kadında gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilmediği tespit edilmiştir.

Fertil ve infertil kadınların adet takvimi/günlüğü kullanma, adet dönemine iki hafta kala göğüslerde şişkinlik ve ağrı olabileceğini bilme, adet döngüsündeki önemli hormonu, yumurtlamadan 14-16 gün sonra adet gerçekleştiğini, yumurtlamanın tanımını, her ay yumurtalıktan bırakılan yumurta sayısını, yumurta-spermin kadın vücudunda yaşama süresini,

yumurtlamanın en belirgin özelliğinin yumurta akı gibi vajinal akıntı olduğunu, hormonların rahmin gebeliğe hazırlanmasına yardımcı olduğunu, kadınların yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girdiğinde hamile kalma ihtimallerinin yüksek olduğunu bilme ve gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilme arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir($p<0.05$).

Tablo 7. Kadınların Eğitimlerine Göre Döllenmenin Olduğu Organı Bilme Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	DÖLLENMENİN OLDUĞU ORGAN				TEST VE ANLAMLILIK
	YUMURTALIK VEYA RAHİM		TÜPLER		
	Sayı	%	Sayı	%	
Okur Yazar Değil	15	4.8	3	4.6	$X^2=25.06$, $p=0.000$
Okur Yazar	21	6.7	1	1.5	
İlkokul Mezunu	112	35.6	17	26.2	
Ortaokul Mezunu	83	26.3	12	18.5	
Lise Mezunu	53	16.8	11	16.9	
Üniversite Mezunu	31	9.8	21	32.3	
Toplam	315	82.9	65	17.1	

Tablo 7’de araştırmaya katılan kadınların eğitimi ile döllenmenin gerçekleştiği organı bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Çalışmada döllenmenin gerçekleştiği organın yumurtalık veya rahim olduğu söyleyen kadınların çoğunluğu ilkokul mezunu iken; döllenme organı tüpler diyenlerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Kadınların Tedavi İhtiyaçlarına Göre Üreme Bilgileri Dağılımı

TEDAVİ İHTİYACI	Adet Düzeni				Adet Takvimi Kullanımı				Ovulasyon Sonrası Adet Dönemi				Ovulasyon Tanımı			
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi İhtiyacım Olmadı	152	50.2	30	39	54	35.5	128	56.1	94	39.8	88	61.2	99	41.1	83	59.7
Evet Daha Önce Tedavi Gördüm	114	37.6	42	54.5	71	46.7	85	37.3	110	46.6	46	31.9	113	46.9	43	30.9
Hayır İlk Kez Görüyorum	37	12.2	5	6.5	27	17.8	15	6.6	32	13.6	10	6.9	29	12	13	9.4
Toplam	303	79.7	77	20.3	152	40	228	60	236	62.1	144	37.9	241	63.4	139	36.6
TEST VE ANLAMLILIK	$X^2=7.70$, p=0.02				$X^2=20.38$, p=0.000				$X^2=16.68$, p=0.000				$X^2=12.42$, p=0.002			

TEDAVİ İHTİYACI	Ovulasyon Döneminde Göğüslerde Hassasiyet Belirtisi				Ovulasyon Dönemindeki Akıntı Belirtisi				Ovulasyon Dönemindeki Akıntı Rengi				Yumurta ve Spermin Yaşam Süresi			
	EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR		EVET		HAYIR	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi İhtiyacım Olmadı	84	36.1	98	66.7	130	44	52	61.2	116	42.8	66	60.5	76	40.9	106	54.6
Evet Daha Önce Tedavi Gördüm	115	49.3	41	27.9	127	43.1	29	34.1	118	43.5	38	34.9	87	46.7	69	35.6
Hayır İlk Kez Görüyorum	34	14.6	8	5.4	38	12.9	4	4.7	37	13.7	5	4.6	23	12.4	19	9.8
Toplam	233	61.3	147	38.7	295	77.6	85	22.4	271	71.3	109	28.7	186	48.9	194	51.1
TEST VE ANLAMLILIK	$X^2=34.58$, p=0.000				$X^2=9.30$, p=0.01				$X^2=12.31$, p=0.002				$X^2=7.23$, p=0.02			

TEDAVİ İHTİYACI	Yumurta Sayısını bilme				Gebelikteki En Önemli Organı			
	EVET		HAYIR		YUMURTALIK VEYA TÜP		RAHİM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi İhtiyacım Olmadı	49	35.5	133	55	100	41.5	82	59
Evet Daha Önce Tedavi Gördüm	71	51.5	85	35.1	106	44	50	36
Hayır İlk Kez Görüyorum	18	13	24	9.9	35	14.5	7	5
Toplam	138	36.3	242	63.7	241	63.4	139	36.6
TEST VE ANLAMLILIK	$X^2=13.42$, p=0.001				$X^2=14.19$, p=0.001			

Tablo 8'de araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olmak için tedavi görme durumu ile göğüslerde hassasiyet belirtisini, ovulasyon ile adet dönemi arasındaki süreyi, ovulasyonun tanımını, yumurtlama döneminde atılan yumurta sayısını, yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini, yumurtlama dönemindeki akıntının rengini bilme ve adet takvimi kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır(p<0.05). Adet takvimi kullanan, göğüslerde hassasiyet belirtisini, ovulasyon ile adet dönemi arasındaki süreyi, ovulasyonun tanımını, yumurtlama döneminde atılan yumurta sayısını, yumurtlama dönemindeki akıntı rengini ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini bilen kadınların çoğunluğunun daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Kadınların adet düzeni, ovulasyon dönemindeki akıntı bulgusu ve gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilme durumu ile çocuk sahibi olmak için tedavi görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir(p<0.05). Adetleri düzenli olan, ovulasyon dönemindeki akıntı bulgusunu ve gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilen kadınların çoğunluğunun tedavi ihtiyacı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 9. Kadınların FSE Alt Boyutları ve GSP'den Aldıkları Puan Dağılımı

FSE	MADDE SAYISI	FERTİL		İNFERTİL	
		ORT± SD	MIN-MAX	ORT± SD	MIN-MAX
Sosyal Sorunlar	10	28.30±6.26	14-51	29.56±7.65	13-54
Cinsel Sorunlar	8	24.22±5.40	14-38	24.85±5.95	10-43
İlişkiler	10	29.94±6.11	15-49	29.58±6.66	11-49
Çocuksuz Yaşam	8	33.40±6.01	19-48	31.26±6.52	14-45
Ebeveyn Olma	10	44.34±6.17	22-55	44.03±6.86	23-57
GSP	46	160.22±18.55	104-226	159.31±23.71	97-241

Tablo 9’da, araştırmaya katılan kadınların FSE ortalamaları; fertil kadınların GSP ortalaması 160.22±18.55 olarak belirlenmişken, infertil kadınların GSP ortalamasının 159.31±23.71 olduğu görülmektedir. Aynı zamanda her iki grubunda FSE alt boyutlarındaki en yüksek ortalama puanı ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutundan aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 10. Kadınların FSE Dağılımı

GRUPLAR	Sayı(%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
		ORT± SD	ORT± SD	ORT± SD	ORT± SD	ORT± SD	ORT± SD
Fertil	223(58.7)	28.3±6.2	24.2±5.4	29.9±6.1	33.4±6.0	44.3±6.1	160.2±18.5
İnfertil	157(41.3)	29.5±7.6	24.8±5.9	29.5±6.6	31.2±6.5	44.0±6.8	159.3±23.7
İstatistiksel Değerlendirme		t=-1.709 p=0.08	t=-1.074 p=0.28	t=0.545 p=0.58	t=3.291 p=0.001*	t=0.465 p=0.64	t=0.403 p=0.68

Tablo 10’da, araştırmaya katılan kadınların FSE ortalamaları: Çocuksuz Yaşamı Red alt boyutunda fertil ve infertil kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur(p<0.05). Çocuk sevgisini yaşayan fertil kadınların, çocuksuz yaşam karşısında infertil kadınlara oranla daha fazla stres yaşadığı tespit edilmiştir(p<0.05).

Tablo 11. Kadınların Çocuksuz Yaşamı Red Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı

GRUPLAR	ÇOCUKSUZ YAŞAMI RED				TEST VE ANLAMLILIK
	DÜŞÜK DÜZEY		ORTA DÜZEY		
	Sayı	%	Sayı	%	
Fertil	32	43.8	191	62.2	X ² =8.21 , p=0.004*
İnfertil	41	56.2	116	37.8	
Toplam	73	19.2	307	80.8	

Tablo 11’de, araştırmaya katılan kadınların çocuksuz yaşamı red alt boyutundaki stres düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p<0.05). Çocuk yaşamı red alt boyutunda orta düzeyde stres yaşayan kadınların çoğunluğunu fertil kadınlar oluştururken; düşük düzeyde stres yaşayan kadınların çoğunluğu infertil kadınlardan oluşmaktadır(p<0.05).

Tablo 12. Fertil ve İnfertil Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı

FERTİL KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Yaş							
İstatistiksel Değerlendirme		r=0.111, p=0.09	r=0.097, p=0.15	r=0.060, p=0.37	r=0.075, p=0.26	r=0.013, p=0.85	r=0.114, p=0.09
Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	9(4)	31.66±4.79	26.77±5.95	28.44±6.02	29.44±5.59	44.88±7.76	161.22±19.36
Okur Yazar	10(4.5)	32.20±5.59	27.40±5.87	33.60±7.32	30.20±6.14	44.90±5.44	168.30±16.24
İlkokul Mezunu	83(37.2)	28.60±6.91	24.55±5.59	30.84±6.32	35.13±5.54	45.69±5.80	164.83±18.62
Ortaokul Mezunu	58(26)	28.39±5.77	24.15±5.36	30.63±6.06	33.06±6.07	44.48±6.19	160.74±17.76
Lise Mezunu	37(16.6)	27.97±5.86	24.00±4.97	28.54±5.34	33.4±6.00	42.72±5.54	156.70±15.73
Üniversite Mezunu Ve Üzeri	26(11.7)	24.92±4.97	21.57±4.18	26.65±4.54	31.15±5.93	41.61±6.95	145.92±17.24
İstatistiksel Değerlendirme		F=2.998, p=0.01*	F=2.495, p=0.03*	F=3.403, p=0.006*	F=3.697, p=0.003*	F=2.431, p=0.03*	F=5.229, p=0.000*
Çalışma Durumu							
Çalışıyorum	19(8.5)	24.26±3.67	21.47±4.20	26.78±3.96	31.36±6.21	40.78±6.37	144.68±16.17
Çalışmıyorum	204(91.5)	28.67±6.32	24.48±5.44	30.24±6.20	33.59±5.97	44.67±6.06	161.67±18.12
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)4.630, p=0.000**	t=(-)2.345, p=0.02*	t=(-)3.423, p=0.002*	t=(-)1.547, p=0.12	t=(-)2.659, p=0.008*	t=(-)3.941, p=0.000*
İNFERTİL KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Yaş							
İstatistiksel Değerlendirme		r=(-)0.090, p=0.26	r=0.059, p=0.45	r=0.074, p=0.35	r=(-)0.051, p=0.52	r=(-)0.119, p=0.13	r=(-)0.042, p=0.60
Eğitim Durumu							
Okuryazar Değil	9(5.7)	32.77±6.37	29.11±4.80	33.44±6.89	29.77±7.61	47.55±2.06	172.66±19.40
Okur Yazar	12(7.6)	29.83±6.80	27.50±3.98	31.08±4.77	31.33±6.54	47.41±5.21	167.16±16.77
İlkokul Mezunu	46(29.3)	31.97±7.11	26.45±5.69	32.08±6.93	33.50±5.64	46.50±5.40	170.52±18.36
Ortaokul Mezunu	37(23.6)	29.27±7.41	24.08±6.38	28.72±5.79	30.21±6.64	43.24±7.18	155.54±23.33
Lise Mezunu	27(17.2)	28.44±7.90	24.11±4.78	27.81±6.38	30.40±7.03	42.77±6.87	153.55±23.53
Üniversite Mezunu Ve Üzeri	26(16.6)	25.65±8.07	21.23±6.01	26.19±6.33	30.19±6.51	39.30±7.59	142.57±25.01
İstatistiksel Değerlendirme		F=2.881, p=0.01*	F=4.691, p=0.001*	F=4.281, p=0.001*	F=1.630, p=0.15	F=5.743, p=0.000*	F=7.166, p=0.000*
Çalışma Durumu							
Çalışıyorum	23(14.6)	25.04±6.29	21.13±6.18	24.60±5.21	28.34±7.08	37.91±9.05	137.04±22.02
Çalışmıyorum	134(85.4)	30.34±7.61	25.50±5.69	30.44±6.52	31.76±6.31	45.08±5.84	163.13±21.88
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)3.154, p=0.002*	t=(-)3.357, p=0.001*	t=(-)4.066, p=0.000*	t=(-)2.356, p=0.02*	t=(-)3.668, p=0.001*	t=(-)5.277, p=0.000*

Tablo 12’de, araştırmaya katılan fertil kadınların yaş ile FSE ortalamaları aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir($p>0.05$). Fertil kadınların eğitimi ile FSE ortalamaları arasında; eğitim ile GSP, sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler, çocuksuz yaşamı red ve ebeveyn olma ihtiyacı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Fertil kadınların çalışması ve FSE ortalamaları ile GSP, sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler ve ebeveyn olma ihtiyacı arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur($p<0.05$).

İnfertil kadınların yaş ile FSE ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). İnfertil kadınların eğitimi ile FSE ortalamaları: eğitimi ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İnfertil kadınların çalışma ile FSE ortalamaları: çalışma ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler, çocuksuz yaşamı red, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 13. İnfertil Kadınların İnfertilite Özelliklerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı

İNFERTİLİTE ÖZELLİKLERİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Çocuk İsteği							
1-3 Yıldır	98(62.4)	28.96±7.69	24.32±5.77	28.69±6.57	31.59±6.23	44.39±6.28	157.97±22.17
4-6 Yıldır	35(22.3)	27.17±7.33	25.34±5.67	29.88±6.96	30.34±7.23	43.25±7.32	158.00±25.65
7 yıl Ve Üzeri	24(15.3)	32.58±7.56	26.33±6.93	32.79±5.74	31.29±6.77	43.66±8.50	166.66±26.47
İstatistiksel Değerlendirme		F=2.243, p=0.11	F=1.247, p=0.29	F=3.825, p=0.02*	F=0.469, p=0.62	F=0.393, p=0.67	F=1.369, p=0.25
Tedavi Deneyimi							
1-3 Yıldır	123(78.4)	29.26±7.69	24.52±6.04	29.15±6.66	30.88±6.25	43.87±6.76	157.70±23.68
4-6 Yıldır	20(12.7)	29.95±7.83	25.50±4.86	30.95±7.50	33.20±8.12	44.20±7.57	163.80±24.62
7 Yıl Ve Üzeri	14(8.9)	31.64±7.23	26.92±6.46	31.42±5.06	31.85±6.33	45.14±7.10	167.00±21.92
İstatistiksel Değerlendirme		F=0.630, p=0.53	F=1.163, p=0.31	F=1.216, p=0.29	F=1.146, p=0.32	F=0.218, p=0.80	F=1.382, p=0.25
İnfertilite Nedeni							
Kadın	73(46.5)	30.53±7.72	26.20±6.12	31.54±6.20	31.01±6.72	45.09±7.05	164.39±23.66
Erkek	19(12.1)	30.52±8.44	24.57±6.44	29.00±7.43	30.84±7.48	43.52±7.71	158.47±29.67
Hem Kadın Hem Erkek	17(10.8)	30.29±7.95	24.00±3.50	29.52±6.14	31.17±5.97	45.47±5.73	160.47±17.89
Açıklanamayan	48(30.6)	27.45±6.90	23.22±5.86	26.85±6.37	31.85±6.16	42.10±6.30	151.50±21.43
İstatistiksel Değerlendirme		F=1.779, p=0.15	F=2.657, p=0.05	F=5.244, p=0.002*	F=0.191, p=0.90	F=2.177, p=0.09	F=2.986, p=0.03*
Aile İle Paylaşma							
Evet	102(65)	29.23±7.79	24.91±5.72	29.70±6.49	31.40±6.77	44.08±7.23	159.34±24.60
Hayır	55(35)	30.18±7.41	24.76±6.41	29.36±7.01	31.01±6.08	43.92±6.17	159.25±22.20
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.738, p=0.46	t=0.148, p=0.88	t=0.306, p=0.76	t=0.351, p=0.72	t=0.140, p=0.88	t=0.022, p=0.98
Arkadaşlar İle Paylaşma							
Evet	29(18.5)	27.86±7.70	22.93±6.19	28.06±6.41	28.96±7.12	41.03±8.20	148.86±27.15
Hayır	128(81.5)	29.95±7.62	25.29±5.83	29.92±6.69	31.78±6.29	44.71±6.36	161.67±22.31
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)1.331, p=0.18	t=(-)1.949, p=0.05	t=(-)1.362, p=0.17	t=(-)2.128, p=0.03*	t=(-)2.263, p=0.03*	t=(-)2.679, p=0.008*
Adet Tarihi Bilme Durumu							
Evet	133(84.7)	29.21±7.46	24.66±5.68	29.09±6.52	31.26±6.38	44.06±6.70	158.30±22.38
Hayır	24(15.3)	31.54±8.53	25.95±7.29	32.29±6.93	31.29±7.39	43.83±7.87	164.91±30.00
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)1.377, p=0.17	t=(-)0.982, p=0.32	t=(-)2.187, p=0.03*	t=(-)0.020, p=0.98	t=0.153, p=0.87	t=(-)1.260, p=0.20

Tablo 13’de, araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite özelliği ile FSE ortalamaları arasında; çocuk isteği süresi ile ilişkiler alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İnfertilite nedeni ile FSE ortalamaları: infertilite nedeni ile ilişkiler alt boyutu ve GSP arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İnfertiliteyi arkadaş çevresiyle paylaşma ile FSE ortalamaları istatistiksel olarak incelendiğinde çocuksuz yaşamı red, ebeveyn olma ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir(p<0.05). İnfertil kadınların adet tarihini bilme ile FSE ortalamaları arasında; adet tarihini bilme ile ilişkiler alt boyutu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır(p<0.05). İnfertiliteyi aileyle paylaşma ve tedavi deneyimleri ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 14. Fertil ve İnfertil Kadınların Adet Dönemi Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı

FERTİLLERİN ADET BİLGİLERİ	Sayı(%)	SOSYAL S.	ÇİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Adet Takvimi/Günlüğü Kullanma Durumu							
Evet	66(29.6)	27.01±5.77	23.27±5.64	28.37±5.66	32.40±5.64	43.07±7.14	154.15±20.04
Hayır	157(70.4)	28.84±6.39	24.63±5.27	30.60±6.19	33.82±6.13	44.87±5.66	162.77±17.32
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)2.000, p=0.04*	t=(-)1.719, p=0.08	t=(-)2.512, p=0.01*	t=(-)1.607, p=0.10	t=(-)2.004, p=0.04*	t=(-)3.237, p=0.001**
Bir Sonraki Adet Dönemi 20-36 Gün Sonra Başlar							
Evet	189(84.8)	28.20±6.49	24.14±5.40	29.78±6.11	33.32±6.27	44.34±6.26	159.79±19.32
Bilmiyor	34(15.2)	28.82±4.78	24.70±5.45	30.85±6.13	33.85±4.34	44.35±5.73	162.58±13.43
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.652, p=0.51	t=(-)0.558, p=0.57	t=(-)0.939, p=0.34	t=(-)0.607, p=0.54	t=(-)0.008, p=0.99	t=(-)0.807, p=0.42
Adet Dönemlerine 2 Hafta Kaldığında Şişkinlik Görülebilir							
Evet	93(41.7)	27.06±6.34	23.94±5.31	30.18±6.20	33.47±5.77	44.00±6.82	158.66±20.29
Hayır	130(58.3)	29.18±6.07	24.43±5.48	29.77±6.06	33.35±6.19	44.59±5.68	161.33±17.18
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)2.522, p=0.01	t=(-)0.659, p=0.51	t=0.488, p=0.62	t=0.146, p=0.88	t=(-)0.705, p=0.48	t=(-)1.061, p=0.29
Adet Dönemlerine 2 Hafta Kaldığında Göğüslerde Ağrı Görülebilir							
Evet	113(50.7)	28.68±5.91	24.64±5.24	30.15±5.96	32.77±5.90	43.79±6.52	160.05±19.23
Hayır	110(49.3)	27.90±6.61	23.80±5.56	29.73±6.28	34.04±6.08	44.90±5.76	160.40±17.90
İstatistiksel Değerlendirme		t=0.920, p=0.35	t=1.169, p=0.24	t=0.505, p=0.61	t=(-)1.578, p=0.11	t=(-)1.347, p=0.17	t=(-)0.139, p=0.88
Adet Döngüsündeki En Önemli Hormon							
Östrojen	25(11.2)	27.24±6.96	22.28±4.55	29.08±6.03	31.88±7.32	41.08±7.18	151.56±22.7
Progesteron	25(11.2)	28.40±8.30	23.44±6.70	30.92±6.37	31.16±5.97	41.32±7.55	155.24±25.53
Bilmiyor	173(77.6)	28.43±5.83	24.62±5.26	29.93±6.10	33.94±5.72	45.25±5.50	162.19±16.19
İstatistiksel Değerlendirme		F=0.402, p=0.67	F=2.381, p=0.09	F=0.566, p=0.56	F=3.320, p=0.03*	F=8.967, p=0.000*	F=4.763, p=0.009*
İNFERTİLLERİN ADET BİLGİLERİ							
Adet Takvimi/Günlüğü Kullanma Durumu							
Evet	86(54.8)	28.34±7.64	23.65±5.76	28.54±6.23	30.86±6.10	43.00±7.18	154.40±22.98
Hayır	71(45.2)	31.04±7.45	26.32±5.88	30.84±6.99	31.76±7.01	45.28±6.28	165.23±23.37
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)2.221, p=0.02*	t=(-)2.863, p=0.005*	t=(-)2.177, p=0.03*	t=(-)0.859, p=0.39	t=(-)2.095, p=0.03*	t=(-)2.920, p=0.004*
Bir Sonraki Adet Dönemi 20-36 Gün Sonra Başlar							
Evet	135(86)	29.05±7.61	24.40±5.76	29.28±6.60	31.31±6.69	43.55±6.95	157.61±23.81
Bilmiyor	22(14)	32.72±7.27	27.63±6.48	31.40±6.91	31.00±5.52	46.95±5.55	169.72±20.68
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)2.111, p=0.03*	t=(-)2.394, p=0.01*	t=(-)1.388, p=0.16	t=0.207, p=0.83	t=(-)2.179, p=0.03*	t=(-)2.250, p=0.02
Adet Dönemlerine 2 Hafta Kaldığında Şişkinlik Görülebilir							
Evet	85(54.1)	30.00±7.10	25.02±6.31	29.82±6.31	30.17±6.46	43.68±7.30	158.70±23.80
Hayır	72(45.9)	29.05±8.28	24.66±5.53	29.30±7.08	32.55±6.40	44.44±6.33	160.02±23.75
İstatistiksel Değerlendirme		t=0.769, p=0.44	t=0.373, p=0.71	t=0.484, p=0.62	t=(-)2.308, p=0.02*	t=(-)0.692, p=0.49	t=(-)0.347, p=0.72
Adet Dönemlerine 2 Hafta Kaldığında Göğüslerde Ağrı Görülebilir							
Evet	120(76.4)	28.94±6.93	24.33±5.98	29.20±6.56	30.95±6.33	43.84±6.55	157.27±21.96
Hayır	37(23.6)	31.59±9.46	26.56±5.60	30.81±6.90	32.29±7.09	44.64±7.86	165.91±27.99
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)1.579, p=0.12	t=(-)2.015, p=0.04*	t=(-)1.282, p=0.20	t=(-)1.099, p=0.27	t=(-)0.624, p=0.53	t=(-)1.956, p=0.05
Adet Döngüsündeki En Önemli Hormon							
Östrojen	30(19.1)	28.56±7.54	21.36±4.46	25.20±6.29	31.10±6.86	40.50±8.45	146.73±23.77
Progesteron	28(17.8)	28.78±8.47	23.60±5.18	29.14±5.44	30.28±6.80	42.46±7.40	154.28±25.39
Bilmiyor	99(63.1)	30.09±7.47	26.27±6.07	31.04±6.53	31.59±6.37	45.54±5.65	164.54±21.61
İstatistiksel Değerlendirme		F=0.631, p=0.53	F=9.503, p=0.000*	F=9.942, p=0.000*	F=0.449, p=0.63	F=7.715, p=0.001*	F=7.901, p=0.001*

Tablo 15. Fertil ve İnfertil Kadınların Ovulasyon Dönemi Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı

FERTİLLERİN OVULASYON BİLGİSİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Yumurtlamadan Genellikle 14-16 Gün Sonra Adet Dönemi Gerçekleşir							
Evet	120(53.8)	28.54±6.88	24.31±5.05	29.99±6.38	33.10±6.46	44.26±6.35	160.21±20.50
Bilmiyor	103(46.2)	28.01±5.46	24.12±5.81	29.89±5.80	33.75±5.44	44.43±5.99	160.23±16.07
İstatistiksel Değerlendirme		t=-0.631, p=0.52	t=-0.262, p=0.79	t=-0.120, p=0.90	t=(-)0.813, p=0.41	t=(-)0.205, p=0.83	t=(-)0.007, p=0.99
Her Ay Bir Yumurtalıktan Serbest Bırakılan Yumurta Sayısı 1'dir							
Evet	60(26.9)	28.23±7.47	24.46±5.68	28.75±6.21	32.78±7.30	44.15±6.26	158.38±19.97
Bilmiyor	163(73.1)	28.32±5.77	24.14±5.31	30.38±6.03	33.63±5.46	44.41±6.16	160.90±18.01
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.086, p=0.93	t=0.398, p=0.69	t=(-)1.781, p=0.07	t=(-)0.819, p=0.41	t=(-)0.286, p=0.77	t=(-)0.899, p=0.37
Bir Kadının Yumurtası Vücutunda Sadece 1 Gün Canlı Kalabilirken, Erkeğin Spermi Kadın Vücutunda 5-7 Gün Canlı Kalabilir							
Evet	94(42.2)	28.32±6.68	23.65±5.03	29.13±5.87	33.20±5.62	44.09±5.87	158.42±18.33
Bilmiyor	129(57.8)	28.27±5.96	24.64±5.64	30.53±6.23	33.55±6.29	44.52±6.40	161.53±18.66
İstatistiksel Değerlendirme		t=0.060, p=0.95	t=(-)1.344, p=0.18	t=(-)1.692, p=0.09	t=(-)0.426, p=0.67	t=(-)0.514, p=0.60	t=(-)1.238, p=0.21
Yumurtlama Döneminin En Belirgin Özelliği Vajinal Akıttır							
Evet	157(70.4)	28.15±5.91	24.03±5.10	29.80±5.97	33.14±5.94	44.58±6.38	159.73±17.99
Bilmiyor	66(29.6)	28.65±7.06	24.68±6.08	30.27±6.47	34.01±6.16	43.77±5.65	161.39±19.90
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.542, p=0.58	t=(-)0.754, p=0.45	t=(-)0.516, p=0.60	t=(-)0.985, p=0.32	t=0.897, p=0.37	t=(-)0.610, p=0.54
İNFERTİLLERİN OVULASYON BİLGİSİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Yumurtlamadan Genellikle 14-16 Gün Sonra Adet Dönemi Gerçekleşir							
Evet	116(73.9)	28.82±7.71	23.93±5.81	29.05±6.74	30.84±6.90	42.82±7.00	155.49±24.47
Bilmiyor	41(26.1)	31.65±7.16	27.46±5.63	31.09±6.26	32.46±5.20	47.43±5.14	170.12±17.57
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)2.056, p=0.04*	t=(-)3.363, p=0.001*	t=(-)1.700, p=0.09	t=(-)1.564, p=0.12	t=(-)4.458, p=0.000*	t=(-)4.105, p=0.000*
Her Ay Bir Yumurtalıktan Serbest Bırakılan Yumurta Sayısı 1'dir							
Evet	78(49.7)	29.50±8.32	24.98±5.99	29.76±6.65	31.44±6.55	43.71±7.16	159.42±24.04
Bilmiyor	79(50.3)	29.63±6.98	24.73±5.95	29.40±6.71	31.08±6.53	44.34±6.59	159.20±23.54
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.108, p=0.91	t=-0.265, p=0.79	t=-0.341, p=0.73	t=-0.345, p=0.73	t=(-)0.568, p=0.57	t=0.058, p=0.95
Bir Kadının Yumurtası Vücutunda Sadece 1 Gün Canlı Kalabilirken, Erkeğin Spermi Kadın Vücutunda 5-7 Gün Canlı Kalabilir							
Evet	92(58.6)	29.65±8.06	24.09±5.44	29.63±6.81	31.54±6.50	44.13±6.68	159.05±23.99
Bilmiyor	65(41.4)	29.44±7.09	25.93±6.49	29.52±6.49	31.87±6.59	43.89±7.16	159.67±23.50
İstatistiksel Değerlendirme		t=0.166, p=0.86	t=(-)1.924, p=0.05	t=0.099, p=0.92	t=-0.629, p=0.53	t=-0.213, p=0.83	t=(-)0.162, p=0.87
Yumurtlama Döneminin En Belirgin Özelliği Vajinal Akıttır							
Evet	138(87.9)	29.35±7.63	24.85±5.84	29.32±6.51	31.41±6.37	44.04±6.82	158.99±23.13
Bilmiyor	19(12.1)	31.10±7.86	24.89±6.87	31.47±7.59	30.21±7.62	43.94±7.37	161.63±28.19
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.934, p=0.35	t=(-)0.027, p=0.97	t=(-)1.320, p=0.18	t=-0.752, p=0.45	t=-0.057, p=0.95	t=(-)0.454, p=0.65

Tablo 16. Fertil ve İnfertil Kadınların Gebelik Oluşumu Bilgilerine Göre FSE Ortalamaları Dağılımı

FERTİLLERİN GEBELİK BİLGİLERİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Gebelik Yumurta Ve Spermin Döllenmesi Sonucu Oluşur							
Evet	211(94.6)	28.00±6.01	23.95±5.28	29.78±6.03	33.36±6.00	44.27±6.24	159.36±18.09
Bilmiyor	12(5.4)	33.58±8.29	29.08±5.36	32.83±6.97	34.08±6.35	45.66±4.92	175.25±20.78
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)3.060, p=0.002*	t=(-)3.266, p=0.001**	t=(-)1.689, p=0.09	t=(-)0.402, p=0.68	t=(-)0.761, p=0.44	t=(-)2.934, p=0.004*
Döllenmenin Gerçekleştiği Organ							
Tüpler	33(14.8)	26.06±6.30	22.63±5.85	28.15±6.69	31.81±6.93	42.72±7.50	151.39±21.94
Yumurtalık Veya Rahim	190(85.2)	28.68±6.18	24.50±5.29	30.25±5.97	33.67±5.81	44.62±5.89	161.75±17.51
İstatistiksel Değerlendirme		t=2.246, p=0.02*	t=1.842, p=0.06	t=1.837, p=0.06	t=1.647, p=0.10	t=1.637, p=0.10	t=3.016, p=0.003*
Kadın Yumurtlama Döneminde Cinsel İlişkiye Girerse Hamile Kalma İhtimali Yüksek							
Evet	188(84.3)	28.16±6.35	23.92±5.46	29.76±6.03	33.64±6.03	44.51±5.98	160.01±18.28
Bilmiyor	35(15.7)	29.02±5.74	25.88±4.81	30.91±6.50	32.11±5.79	43.42±7.15	161.37±20.15
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.748, p=0.45	t=(-)1.988, p=0.04*	t=(-)1.020, p=0.30	t=1.384, p=0.16	t=0.956, p=0.34	t=(-)0.398, p=0.69
Yumurtlama Döneminde Cinsel İlişkiye Girmeme Etkili Bir Korunma Yöntemidir							
Hayır	113(50.7)	27.61±5.56	23.77±4.86	30.07±5.50	32.21±5.89	43.21±6.56	156.88±17.99
Bilmiyor	110(49.3)	29.00±6.85	24.69±5.90	29.81±6.70	34.62±5.90	45.50±5.53	163.65±18.56
İstatistiksel Değerlendirme		t=1.674, p=0.09	t=1.258, p=0.21	t=(-)0.307, p=0.75	t=3.054, p=0.003*	t=2.819, p=0.005*	t=2.765, p=0.006*
Kadında Gebeliğin Oluşmasını Sağlayan En Önemli Organ							
Rahim	92(41.3)	27.96±6.02	24.11±5.83	29.92±5.66	32.79±5.72	44.21±6.44	159.02±18.01
Yumurtalık Veya Tüp	131(58.7)	28.53±6.43	24.30±5.10	29.96±6.43	33.83±6.19	44.43±6.00	161.06±18.93
İstatistiksel Değerlendirme		t=0.665, p=0.50	t=0.252, p=0.80	t=0.045, p=0.96	t=1.272, p=0.20	t=0.259, p=0.79	t=0.811, p=0.41

İNFERİLLERİN GEBELİK BİLGİLERİ	Sayı (%)	SOSYAL S.	CİNSEL S.	İLİŞKİLER	ÇOCUKSUZ YAŞAM	EBEVEYN OLMA	GSP
Gebelik Yumurta Ve Spermin Döllenmesi Sonucu Oluşur							
Evet	150(95.5)	29.46±7.62	24.68±5.90	29.42±6.66	31.17±6.60	43.94±6.90	158.67±23.67
Bilmiyor	7(4.5)	31.85±8.62	28.71±6.07	33.14±6.03	33.28±4.15	46.00±6.21	173.00±21.88
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.809, p=0.42	t=(-)1.764, p=0.08	t=(-)1.450, p=0.14	t=(-)0.836, p=0.40	t=(-)0.775, p=0.44	t=(-)1.570, p=0.11
Döllenmenin Gerçekleştiği Organ							
Tüpler	32(20.4)	30.09±9.05	23.81±5.44	29.18±7.67	31.28±6.85	42.40±7.81	156.78±27.62
Yumurtalık Veya Rahim	125(79.6)	29.43±7.29	25.12±6.06	29.68±6.40	31.26±6.46	44.44±6.57	159.96±22.68
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.435, p=0.66	t=1.116, p=0.26	t=0.378, p=0.70	t=(-)0.013, p=0.98	t=1.507, p=0.13	t=0.675, p=0.50
Kadın Yumurtlama Döneminde Cinsel İlişkiye Girerse Hamile Kalma İhtimali Yüksek							
Evet	145(92.4)	29.38±7.59	24.77±6.02	29.35±6.62	30.98±6.62	43.95±6.91	158.44±23.62
Bilmiyor	12(7.6)	31.75±8.37	25.91±5.07	32.41±6.77	34.66±3.91	45.00±6.45	169.75±23.25
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)1.028, p=0.30	t=(-)0.639, p=0.52	t=(-)1.538, p=0.12	t=(-)2.927, p=0.01*	t=(-)0.507, p=0.61	t=(-)1.594, p=0.11
Yumurtlama Döneminde Cinsel İlişkiye Girmeme Etkili Bir Korunma Yöntemidir							
Hayır	65(41.4)	30.53±7.59	25.50±5.61	30.93±6.57	30.10±5.37	43.90±6.85	161.00±23.59
Bilmiyor	92(58.6)	28.88±7.66	24.40±6.17	28.63±6.59	32.08±7.14	44.11±6.91	158.11±23.85
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)1.340, p=0.18	t=(-)1.147, p=0.25	t=(-)2.163, p=0.03*	t=1.980, p=0.04*	t=0.190, p=0.85	t=(-)0.749, p=0.45
Kadında Gebeliğin Oluşmasını Sağlayan En Önemli Organ							
Rahim	47(29.9)	29.74±7.49	24.46±5.77	29.59±5.96	30.59±6.28	44.51±6.62	158.91±23.01
Yumurtalık Veya Tüp	110(70.1)	29.49±7.75	25.02±6.04	29.58±6.96	31.55±6.63	43.82±6.98	159.48±24.11
İstatistiksel Değerlendirme		t=(-)0.190, p=0.85	t=0.538, p=0.59	t=(-)0.012, p=0.99	t=0.842, p=0.40	t=0.570, p=0.57	t=0.137, p=0.89

Tablo 14’de, araştırmaya katılan fertil kadınların adet bilgileri ile FSE ortalamaları; fertil kadınların adet takvimi/günlüğü kullanma ile sosyal sorunlar, ilişkiler, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Fertil kadınların sonraki adetin 20-36 gün sonra başladığını, adet dönemine 2 hafta kaldığında şişkinlik, göğüslerde ağrı görülebileceğini bilme ile FSE ortalamaları aralarında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir($p>0.05$). Fertil kadınların adet döngüsünde önemli olan hormonu bilme ile çocuksuz yaşamı red, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir($p<0.05$).

Araştırmaya katılan infertil kadınların adet bilgileri ile FSE ortalamalarında; infertililerin adet takvimi/günlüğü kullanması ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Kadınların bir sonraki adetin 20-36 gün sonra başladığını bilme ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık saptanırken; infertil kadınların adete 2 hafta kaldığında şişkinlik belirtisinin olabileceğini bilme ile çocuksuz yaşamı red alt boyutu arasında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir($p<0.05$). İnfertililerin adete 2 hafta kaldığında göğüslerde ağrı görülebileceğini bilme ile cinsel sorunlar alt boyutu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır($p<0.05$). İnfertil kadınların adet döngüsünde önemli olan hormonu bilme ile cinsel sorunlar, ilişkiler, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir

Tablo 15’de, araştırmaya katılan fertil kadınların ovulasyon bilgileri ile FSE ortalamalarında; kadınların yumurtlamadan genellikle 14-16 gün sonra adetin gerçekteştiğini, her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısının 1 olduğunu, yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini ve yumurtlama döneminin en belirgin özelliğinin vajinal akıntı olduğunu bilme ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir($p>0.05$).

Araştırmaya katılan infertil kadınların ovulasyon bilgileri ile FSE ortalamalarında; kadınların yumurtlamadan genellikle 14-16 gün sonra adet döneminin gerçekteştiğini bilme ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir($p<0.05$). İnfertil kadınlarda her ay yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısının 1 olduğunu, yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini ve yumurtlama döneminin en belirgin özelliğinin vajinal akıntı olduğunu bilme ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir($p>0.05$).

Tablo 16’da araştırmaya katılan fertil kadınların gebelik bilgileri ile FSE ortalamalarında; gebeliğin tanımını bilme durumları ile sosyal sorunlar, cinsel sorunlar alt boyutları ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilirken; fertil kadınların döllenmenin gerçekteştiği organı bilme durumları ile sosyal sorunlar alt boyutu ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Fertil kadınların, gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilme durumları ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık

saptanmamıştır($p>0.05$). Fertil kadınların, yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girildiğinde hamile kalma ihtimalinin yüksek olduğunu bilme durumları ile cinsel sorunlar alt boyutu arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir($p<0.05$). Yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmemenin etkili bir korunma yöntemi olmadığını bilme durumları ile çocuksuz yaşamı red, ebeveyn olma ihtiyacı ve GSP arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır($p<0.05$).

Araştırmaya katılan infertil kadınların gebelik bilgileri ile FSE ortalamalarında; gebeliğin tanımını ve döllenmenin gerçekleştiği organı bilme ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir($p>0.05$). İnfertil kadınların yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girildiğinde hamile kalma ihtimalinin yüksek olduğunu bilme ile sadece çocuksuz yaşamı red alt boyutu arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiş; yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmemenin etkili korunma yöntemi olmadığını bilme ile ilişkiler ve çocuksuz yaşamı red alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadında gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilme ile FSE ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir($p>0.05$).

Tablo 17. Fertil ve İnfertil Kadınların Evlilik Süreleri ve Çocuk Sayılarına Göre İlişkisel Sorunlar Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı

İLİŞKİLER	EVLİLİK SÜRESİ												COCUK SAYISI									
	0-12 Ay		13-48 Ay		49-84 Ay		85-120 Ay		120 Ay Üzeri		Toplam		Çocuk Yok		Bir Çocuk		İki Çocuk		Üç ve Üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DÜŞÜK DÜZEY	14	35.9	49	41.9	23	33.8	16	30.2	21	20.4	123	32.4	63	39.1	34	36.2	14	23.3	12	18.5	123	32.4
ORTA DÜZEY	25	64.1	68	58.1	45	66.2	37	69.8	82	79.6	257	67.6	98	60.9	60	63.8	46	76.7	53	81.5	257	67.6
TEST VE ANLAMLILIK	$X^2=11.99, p=0.01$												$X^2=11.96, p=0.008$									

Tablo 18. İnfertil Kadınların İnfertilite Nedeni İle Kadınların Döllenmenin Tanımını Bilme Durumlarına Göre Cinsel Sorunlar Alt Boyutu Stres Düzeyi Dağılımı

CİNSEL SORUNLAR	İNFERTİLİTE NEDENİ										DÖLLENMENİN TANIMI					
	Bana Bağlı		Eşime Bağlı		Hem Bana Hem Eşime		Bilinmeyen		Toplam		Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DÜŞÜK DÜZEY	35	47.9	14	73.7	15	88.2	35	72.9	99	63.1	231	64	5	26.3	236	62.1
ORTA DÜZEY	38	52.1	5	26.3	2	11.8	13	27.1	58	36.9	130	36	14	73.7	144	37.9
TEST VE ANLAMLILIK	$X^2=14.70, p=0.002$										$X^2=10.88, p=0.001$					

Tablo 17’de araştırmaya katılan kadınların evlilik süreleri ile ilişkisel sorunlar stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). İlişkiler alt boyutunda düşük stres düzeyine sahip kadınların çoğunluğu 13-48 aylık evliyken; orta düzeyde stres yaşayanların çoğunluğu 120 ay üzerinde evliliğe sahiptir. Evlilik süresi 120 ay üzeri olan ve düşük düzeyde stres yaşayan kadınların önemliliği sağlayan faktör olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayıları ile ilişkisel sorunlar stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.05$). Stres düzeyi düşük olan kadınların çoğunluğunu çocuk sahibi değilken; stres düzeyi orta olan kadınların çoğunluğu üç ve üzeri çocuğa sahiptir. Orta düzey stres yaşayan kadınların sayısı, çocuk sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Çocuğu olmayan ve 3 ve üzeri çocuğa sahip olan ve düşük düzeyde stres yaşayan kadınların önemliliği sağlayan faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 18’de araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite nedenleri ile cinsel sorunlar stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). İnfertilite nedeni eşine bağlı olan kadınların çoğunluğunun stresi düşük düzeydeyken; infertilite nedeni kendine bağlı olan kadınların stres düzeyinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. İnfertilite nedeni kendine ve hem kendine hem eşine bağlı olan ve orta düzeyde stres yaşayan kadınların önemliliği sağlayan faktörler olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların döllenmenin tanımını bilme ile cinsel sorunlar stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). Döllenmenin tanımını bilen kadınların çoğunluğu düşük düzeyde stres yaşarken, bilmeyen kadınların çoğunluğu orta düzeyde stres yaşamaktadır. Döllenmenin tanımını bilmeyen kadınların önemliliği sağlayan faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19. Fertil ve İnfertil Kadınların FSE Alt Boyutları ve GSP Arasındaki Korelasyon Dağılımı

FERTİL KADINLAR	1	2	3	4	5	6
1.Sosyal Sorunlar	-					
2.Cinsel Sorunlar	r=0.490 p=0.000*	-				
3.İlişkiler	r=0.422 p=0.000*	r=0.493 p=0.000*	-			
4.Çocuksuz Yaşamı Red	r=0.015 p=0.82	r=0.049 p=0.46	r=(-)0.091 p=0.17	-		
5.Ebeveyn Olma İhtiyacı	r=0.166 p=0.01*	r=0.259 p=0.000*	r=0.207 p=0.002*	r=0.303 p=0.000*	-	
6.Global Stres Puanı	r=0.680 p=0.000*	r=0.721 p=0.000*	r=0.655 p=0.000*	r=0.414 p=0.000*	r=0.631 p=0.000*	-

İNFERTİL KADINLAR	1	2	3	4	5	6
1.Sosyal Sorunlar	-					
2.Cinsel Sorunlar	r=0.511 p=0.000**	-				
3.İlişkiler	r=0.438 p=0.000**	r=0.535 p=0.000**	-			
4.Çocuksuz Yaşamı Red	r=0.237 p=0.003**	r=0.143 p=0.07	r=0.072 p=0.37	-		
5.Ebeveyn Olma İhtiyacı	r=0.457 p=0.000**	r=0.484 p=0.000*	r=0.356 p=0.000*	r=0.439 p=0.000**	-	
6.Global Stres Puanı	r=0.772 p=0.000**	r=0.746 p=0.000**	r=0.679 p=0.000**	r=0.535 p=0.000**	r=0.779 p=0.000**	-

Tablo 19’da fertil kadınların çocuksuz yaşamı red alt boyutu ile ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ve GSP arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken; ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile sosyal sorunlar ve ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile cinsel sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ve GSP arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Fertillerin sosyal sorunlar alt boyutu ile cinsel sorunlar ve ilişkiler alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı, GSP arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı, cinsel sorunlar alt boyutu ile ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı, GSP arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ve ilişkiler alt boyutu ile GSP arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır(p<0.05).

İnfertil kadınların çocuksuz yaşamı red alt boyutu ile sosyal sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı, çocuksuz yaşamı red alt boyutu ile ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı, GSP arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. İnfertil kadınların sosyal sorunlar alt boyutu ile cinsel sorunlar alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı, ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve GSP arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanırken; cinsel sorunlar alt boyutu ile ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı, ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve GSP arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. İnfertil kadınların ilişkiler alt boyutu ile ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı, GSP ile arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ve ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutu ile GSP arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır(p<0.05).

5. TARTIŞMA

Fertil-infertil kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgilerinin stres düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular; literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

Son yıllarda infertilite ve stres konusu üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmaların bir kısmında çalışma örneklemini sadece infertil kadınlar oluştururken(1,5, 12), Eren ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada hem fertil hem infertil kadınlar çalışma örneklemine alınmıştır(43). Çalışmamızın örneklemini ise fertil ve infertil kadınlar oluşturmaktadır.

Adejoke ve ark.'ları ile Güner'in kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmalarda kadınların yaş ortalaması 28 ve üzeri iken(7,49); çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalamasının; 29.03 ± 6.36 olarak saptanması literatürle benzerlik göstermektedir. Yaptığımız çalışmada fertil ve infertil kadınların evlilik süreleri, çocuk sayıları ve çocuk sahibi olmak için tedavi görme durumları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilirken; kadınların eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadıkları yer, aile tipi ve gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eren ve ark. tarafından fertil ve infertil çiftler üzerine yapılan bir çalışmada infertil ve fertil grupların sadece evlilik süreleri ve yaşadıkları yer arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir(43). Çalışmamızda ortaya çıkan bu farklılığın üreme açısından birbirine zıt grupların karşılaştırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir yanda kısa süreli bir evlilik döneminde çocuk sahibi olan kadınlar varken diğer yanda çocuk sahibi olmak için yıllarca çaba harcayan bir kadın grubunun bulunması bu düşüncüyü desteklemektedir.

Çalışmamızdaki infertil kadınların %73.2'sinin daha önceden tedavi deneyiminin olduğu tespit edilirken; Karaca ve Ünsal'ın yaptığı çalışmada infertil kadınların %59.3'ünün daha önce tedavi deneyiminin olduğu tespit edilmiştir(12). Her ne kadar aynı ülke sınırları içinde yaşasak da bölgeler ve kültürler bireylerin yaşam şekillerini etkilemektedir. İki çalışma arasındaki farklılığın bu faktörlerden etkilendiği muhakkaktır. Yaşadığımız toplumda evlilik sonrası çocuk sahibi olmak aile bütünlüğünün olmazsa olmazıdır ve bireylerin toplumun etkisiyle de hemen çocuk sahibi olmak istemesi tedavi sürecini hızlı bir şekilde başlatmaktadır. Çalışmamızda infertil kadınların %62.4'ünün evliliklerinin ilk 1-3 yılında çocuk sahibi olmak istemeleri ve %78.3'ünün infertilite tedavisine evliliklerinin ilk 1-3 yılı içinde başlaması bu düşüncemizi desteklemektedir. İnfertilitenin toplum tarafından bir eksiklik ve utanç olarak nitelendirilmesi bireylerin bu durumu çevresiyle paylaşımını etkilemektedir. Çalışmamıza katılan infertil kadınların %88.5'i infertilite durumunu paylaşmaktadır ancak çoğunluğunda paylaşım aile ile(%65) sınırlı kalmaktadır. Karaca ve Ünsal tarafından yapılan çalışmada infertil kadınların %72.9'u infertilite durumunu paylaşabilmekte olup çoğunluğunun bu durumu herkesle(%48.9) paylaştığı saptanmıştır(12). Çalışmamızdaki bu sonuç kadınların, çocuk isteği

konusunda çevresiyle konuşmamak/dost akrabalarının “ne zaman çocuk sahibi olmayı düşünüyorsunuz?” gibi sorularına maruz kalmamak için bu durumu çevreleri ile paylaşamadıklarını düşündürmektedir. Çalışmamıza katılanların infertil kadınların infertilite nedenlerine bakıldığında %46.5’inde infertilite nedeni kadın faktörlü, %12.1’inde erkek faktörlü, %10.8’inde hem kadın hem erkek faktörlü, %30.6’sında açıklanamayan infertilite olduğu tespit edilmiştir. Karaca ve Ünsal ’ın infertilite üzerine yaptığı çalışmanın infertilite nedenlerine bakıldığında; %33.1’inde kadın faktörlü, %22’sinde erkek faktörlü, %8.5’inde hem kadın hem erkek faktörlü, %36.4’ünde açıklanamayan infertilite olduğu saptanmıştır(12). Yine Sexton ve ark.’nın infertilite üzerine yaptığı çalışmanın infertilite nedenlerine bakıldığında; %22.5 erkek faktörlü, %42 kadın faktörlü, %22.5 hem kadın hem erkek faktörlü ve %13’ünde açıklanamayan infertilite olduğu tespit edilmiştir(50). Yapılan diğer çalışmalarda da infertilitede en büyük faktörün kadın bulunması bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir

Araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite nedeni ile infertilite tedavisi durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$). İlk kez tedavi gören kadınların çoğunluğunda nedeni bilinmeyen infertilite görülürken; çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi gören kadınların çoğunluğunda infertilite nedeni kadındır. İnfertilitenin ilk yılları henüz tanılama aşaması olduğundan bu dönemdeki infertilite çoğu nedeni bilinmeyen infertilite olarak değerlendirilmektedir. Tanılanan infertilitelerin çoğunluğunda ise kadın faktörü karşımıza çıkmaktadır ve bu sonuç literatür ile bizim çalışmamızın paralellik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan infertil kadınların çocuk isteği süresi ile infertilite tedavisi durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$). İlk kez tedavi gören kadınların çoğunluğu 1-3 yıldır çocuk isterken; çocuk sahibi olmak için daha önce tedavi gören kadınların çoğunluğu 4-6 yıldır çocuk istemektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi çocuk ailenin ve toplumun olmazsa olmazıdır. Çiftlerin çoğu evlenir evlenmez çocuk sahibi olmak istemekte ve çocuğu olmayan çiftler en kısa sürede çocuk sahibi olmak için tedaviye başlamaktadır. Çocuğun öneminin tartışılmadığı bir toplum olduğumuz göz önüne alındığında bu tedavi deneyişleri de uzun yıllar sürmektedir.

Araştırmamıza katılan fertil ve infertil kadınların üreme fonksiyonları hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında; %79.7’sinin adetlerinin düzenli olduğu ve %40’ının adet takvimi/günlüğü kullandığı tespit edilmiştir. Adejoke ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %60’ının adetlerinin düzenli olduğu ve %30.4’ünün adet takvimi ya da günlüğü kullandığı saptanmıştır(49). Her iki çalışmada da adet takvimi/günlüğü kullanma durumunun düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bireylerin adet takvimi/günlüğü kullanma durumu ovulasyon izlemi açısından oldukça önemli olup kadınların çoğunun bunu göz ardı ettiği görülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %85.3’ünün iki menstrual siklus arasındaki süreyi bildiği tespit edilmiştir. Güner’in çalışmasında kadınların %80.6’sının iki menstrual siklus arasındaki süreyi bildiği saptanırken(7); Adejoke ve ark. tarafından yapılan çalışmada bu oran

%50.4 olarak tespit edilmiştir(49). Güner'in araştırma sonuçları çalışmamızla benzerlik gösterirken diğer çalışmadaki oran oldukça düşük kalmıştır. Araştırmamızdaki kadınların %96.3'ü adet döneminin ne kadar süreceğini bilirken; Adejoke ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınların %80.8'inin adet süresinin ne kadar sürdüğünü bildiği saptanmıştır(49). Çalışmamızda infertil kadınların bulunmasının da sonucun bu derece yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğu adet döneminden 2 hafta önce kramp(%54.2) ve şişkinlik(53.2) belirtilerinin olabileceğini bilmezken göğüslerde ağrı(%61.3) belirtisinin olabileceğini bilmektedir. Adejoke ve ark. tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu adet döneminden 2 hafta önce şişkinlik(%68.8) ve kramp(%84.8) belirtilerinin olabileceğini bilirken(49); Güner'in çalışmasında kadınların çoğunluğunun adet döneminden 2 hafta önce kramp(%41.8) ve göğüslerde ağrı(%41.9) belirtilerinin olabileceğini bilmediği belirlenmiştir(7). Bu sonuçlar, ülkemizdeki kadınların yurt dışındaki kadınlara oranla vücut algılarının daha düşük düzeyde olduğunu ve ovulasyon belirtilerinin yeterince farkında olmadıklarını göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %14.5'i adet döngüsünde önemli olan hormonun östrojen olduğunu bilmektedir. Bu oran Adejoke ve ark.'nın yaptığı çalışmada %30.4 olarak belirlenmiştir(49). Adet döngüsünde önemli olan hormonu bilme açısından iki grup arasındaki farklılık son derece dikkat çekicidir.

Yine çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun ovulasyonun tanımını(%63.4) ve ovulasyon döneminden 14-16 gün sonra adet döneminin gerçekleştiğini(%62.1) bilmedikleri tespit edilirken; yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini(%51.1) bildikleri saptanmıştır. Adejoke ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise; araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun ovulasyonun tanımını(%52.8) bildikleri tespit edilirken; ovulasyon döneminden 14-16 gün sonra adet döneminin gerçekleştiğini(%32.8), yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini(%37.6) bilmedikleri tespit edilmiştir(49). Toplumumuzdaki kadınların ovulasyon bilgilerinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır ancak diğer toplumlarda da bu durumun pek farklı olmadığı görülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun ovulasyon döneminde kadınların akıntı miktarında(%77.6) ve renginde(%71.3) değişiklik olabileceğini bildikleri tespit edilmiştir. Güner'in çalışmasında sadece akıntıda değişiklik olup olmayacağı sorulmuş ve kadınların çoğunluğunun akıntısındaki değişikliği(%50.5) bilmedikleri saptanmıştır(7). Çalışmamızda akıntı ile ilgili soruların daha açık şekilde sorulması kadınların soruyu anlayıp daha rahat şekilde cevap vermesine olanak sağlamıştır. İki çalışma arasındaki farkın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun yumurtlama dönemindeki cinsel ilişkinin gebelik ihtimalini arttırdığını(%87.6) bildikleri tespit edilirken; Adejoke ve ark.'nın

yaptığı çalışmada da bu oran oldukça yüksek bulunmuştur(%75.2)(49). Araştırma sonuçlarının benzerlik göstermesi kadınlarda bu algının oluştuğunu göstermektedir. Özellikle çalışmamızdaki infertil kadınların bu dönemi dikkatli bir şekilde takip ettikleri ve farkındalıklarının diğer kadınlara oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğunun hormonların uterusu gebelik için hazırlamaya yardımcı olduğunu(%81.8) bildikleri tespit edilirken; gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilmedikleri(%63.4) saptanmıştır. Adejoke ve ark.'nın yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun hormonların uterusu gebelik için hazırlamaya yardımcı olduğunu(%53.6) ve gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bildikleri(%82.4) saptanmıştır(49). Çalışmamızdaki infertil kadınların bu oranlarda son derece etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü infertil kadınlarda infertiliteye neden olan hormonal faktörler(östrojen fazlalığı vb.) ve organal nedenler(PKOS, tubal tıkanıklıklar vb.) kadınların bu sorulara verdikleri cevapları etkilemiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların %63.7'sinin her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısının 1 olduğunu bilmediği tespit edilmiştir. Kadınların bir kısmı her yumurtalıktan 1 yumurta atılımı olması durumunda çoğul gebeliklerin olmaması gerektiğini düşünürken; özellikle infertilite tedavisinde USG ile ölçülen foliküllerin tamamının kadınlar tarafından yumurta olarak değerlendirilmesi bu konudaki bilgi boşluğunu bize açıklamaktadır. Yine çalışmamıza katılan kadınların çok büyük bir kısmı(%82.9) döllenmenin gerçekleştiği organı bilmemektedir. Kadınlara göre tüpler sadece yumurtayı rahme taşıyan bir yoldur ve spermin tüplere kadar gitmesi mümkün değildir. Hatta kadınların bazıları tüplerdeki döllenmenin dış gebelik olacağını ifade ederek tüpler seçeneğini elemesi bilmeyen grubun bu denli yüksek olmasını açıklamaktadır. Yine çalışmamızdaki kadınların %53.2'si ovulasyon döneminde cinsel ilişkide bulunmamanın etkili bir korunma yöntemi olmadığını bilmedikleri saptanmış olup bu konuda kadınların bilgi düzeylerinin düşük olması dikkate alınması gereken bir durumdur.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu ile döllenmenin gerçekleştiği organı bilme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0.05$). Çalışmada döllenmenin gerçekleştiği organın yumurtalık veya rahim olduğu söyleyen kadınların çoğunluğu ilköğretim mezunu iken; döllenme organı tüpler diyenlerin çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Bu, eğitimin kadın üreme bilgisini nasıl etkilediğini tüm çıplaklığıyla bize göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların tedavi ihtiyacı olma durumu ile adet düzeni, adet takvimi/günlüğü kullanma, ovulasyon ile menstruasyon arasındaki süreyi bilme, ovulasyonun tanımını bilme, göğüslerde hassasiyet belirtisinin farkında olma, ovulasyon döneminde akıntı bulgusu ve akıntının rengini bilme, yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini, her ovulasyonda atılan yumurta sayısını ve gebeliğin oluşumunu sağlayan en önemli organı bilme durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Çocuk sahibi olmak için tedavi ihtiyacı

olmayan kadınların çoğunluğunun adetleri düzenli olduğu için adet takvimi/günlüğü kullanma ihtiyacı hissetmezken; tedavi gören kadınların çoğunluğu adet takvimi/günlüğü kullanmaktadır. İnfertil kadınların çocuk sahibi olmak için üreme konularını araştırdıklarını hepimiz bilmekteyiz. Çalışmamızda da tedavi gören kadınların adet takvimi/günlüğü kullanma, ovulasyon ile menstruasyon arasındaki süreyi bilme, ovulasyonun tanımını bilme, göğüslerde hassasiyet belirtisinin farkında olma, ovulasyon döneminde akıntı bulgusu ve akıntının rengini bilme, yumurta ve spermin kadın vücudundaki yaşam süresini, her ovulasyonda atılan yumurta sayısını bilme düzeylerinin fertil kadınlardan daha yüksek bulunması bu görüşü desteklemektedir. Fertil kadınların gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organın uterus olduğunu bilme durumları infertil kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu, infertil kadınların infertilite nedeni olan organın daha önemli olduğunu düşünmesinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların FSE değerlerine bakıldığında; GSP değeri fertillerde 160.22 ± 18.55 , infertillerde 159.31 ± 23.71 olarak tespit edilmiştir. Karaca ve Ünsal G'in sadece infertiller üzerine yaptığı bir çalışmada GSP değeri 171.53 ± 33.61 olarak saptanmıştır(12). Yine Sexton ve ark.'nın infertiller üzerine yaptığı deneysel türdeki çalışmada ise hem başlangıç FSE puanları(deney: 154.9 ± 34 , kontrol: 159.2 ± 28) hem de müdahale sonrası FSE puanları(deney: 150.2 ± 29 , kontrol: 154.5 ± 26) çalışmamızdaki puanlarla benzerlik göstermektedir(50). Karaca ve Ünsal tarafından yapılan çalışmada daha yüksek olmak şartıyla her üç çalışmada da GSP değeri oldukça yüksek bulunmuştur. Stres düzeyinin sadece infertillerde değil fertillerde de son derece yüksek olduğu görülmektedir. Toplumumuzda çocuğa verilen önem göz önüne alındığında fertil kadınların da çocuksuz bir hayatın onların tüm yaşamlarını etkileyeceği görülmekte olup, böyle bir durumda stres düzeyinin en az infertiller kadar yüksek olacağı çalışmamızla ortaya konulmaktadır.

Araştırmaya katılan fertil ve infertil Çocuksuz Yaşamı Red alt boyutu (fertil(33.4 ± 6.0) ve infertil(31.2 ± 6.5)) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur($t=3.291, p=0.001$). Bu farklılığın; fertil kadınların çocuk sevgisini yaşadığı ve bu sevgiden mahrum kalmanın son derece zor bir durum olduğunun bilincinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İnfertil kadınların yaşadıkları yüksek düzeydeki stresin nedenleri farklılık göstermekle birlikte ilk sıralarda kadınların anne olma ve üretebilme duygusunu yaşama arzusu olduğu bilinmektedir(51). Çalışmamızın sonuçlarında fertil ve infertil kadınlarda en çok stres yaratan durumun ebeveyn olma ihtiyacı olduğu(fertil: 44.3 ± 6.1 , infertil: 44.0 ± 6.8) görülmektedir. Karaca ve Ünsal'ın infertiller üzerine yapılan çalışmasında kadınların en çok stres yaşadığı alt boyut bizim çalışmamızdaki gibi ebeveyn olma ihtiyacı(50.77 ± 7.23) alt boyutudur(12). İnfertil kadınlarda anne olamama ve bu duyguyu yaşayamama strese neden olurken; fertil kadınlarda anne olamamanın düşüncesi bile bu bireylerin yüksek düzeyde stres yaşamalarına neden olmaktadır.

Çalışmamız fertil ve infertil kadınların eğitim düzeyinin ve çalışma durumlarının stres puanları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Fertil kadınlarda okur-yazar olanların GSP ortalamaları daha yüksekken; infertil kadınlarda ise okur-yazar olmayan grubun GSP ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar Karaca ve Ünsal'ın sadece infertiller üzerinde yaptığı çalışma sonucuyla paralellik göstermektedir(12). Ayrıca araştırmamızda çalışmayan hem fertil hem de infertil kadınların stres düzeyinin çalışan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine Karaca ve Ünsal 'ın yaptığı çalışmada, çalışan infertil kadınlarda infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğünü belirlenmiştir(12). Çalışmayan infertil kadınlar bir uğraşları olmadığı için çocuk sahibi olmaya odaklanmakta ve bu durum stres düzeylerini arttırmaktadır. Çalışmayan fertil kadınlar ise zamanlarının çoğunu çocukları ile geçirdikleri için çocuğunun olmaması düşüncesi bu grupta bir boşluk yaratmakta ve stres düzeylerini arttırmaktadır.

Çalışmamızda daha önce tedavi gören infertil kadınların FSE ortalamalarının ilk kez tedavi görenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olmak için çeşitli girişimlere maruz kalan kadınların tedavide olumsuz sonuçlar alması, sonuç olumsuz olduğu için tekrar tekrar bu girişimlere maruz kalması ve yine olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalma korkusu doğal olarak kadınların stres düzeyini arttırmaktadır.

İnfertilite nedeni kadın faktörlü olan kadınların GSP ortalamasının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnfertilite sorunundan olumsuz yönde etkilenen ana figüran, doğuran kendileri olduğu için özellikle kadınlardır(52). Bir de neden kendileri olunca stres düzeyleri daha da artmaktadır. İnfertil kadınlar özellikle geleneksel kesimlerde horlanmakta, ezilmekte ve aşağılanmaktadır. Çocuğu olmayan infertil kadınların ailede statüleri oldukça zayıf kabul edilmektedir. Kendileri hakarete ve alaya maruz kalmaktadır(52). Çalışmamızda kadın faktörlü infertilite yaşayan grubun, “ilişkiler” alt boyutundan yüksek puan alması bu düşünceleri desteklemektedir.

Çalışmamızdaki infertil kadınların çoğu infertilite durumlarını sadece aileleriyle paylaşmaktadır. İnfertilite durumunu arkadaşları ile paylaşmayan kadınların “çocuksuz yaşamı red etme”, “ebeveyn olma ihtiyacı” ve “GSP”den yüksek puan almaları son derecede dikkat çekicidir. İnfertil kadınların yakın aile dostları, akrabaları ve komşuları, çocukluluğa zorlayan ana unsurlardır(52). İnfertilite durumunun bir eksiklik ve utanç kaynağı olarak görülmesi kişilerin bu durumlarını çevresiyle paylaşamamalarına neden olmaktadır. Bu da infertil kadınların stres düzeyini arttırmaktadır.

Araştırmaya katılan fertil ve infertil kadınlardan; adet takvimi/günlüğü kullanmayan kadınların kullanan kadınlardan daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Adet takvimi/günlüğü kullanmayan kadınlar menstruasyon ve ovulasyon dönemini etkin bir şekilde takip edememektedir. Bunun sonucunda; fertil kadınların istenmeyen gebelikler yaşaması ihtimalinden; infertil kadınların ise ovulasyon dönemini kaçırma ve tekrar adet görme

orkusundan dolayı yüksek stres yaşadıkları söylenebilir. Benzer şekilde adet döngüsünde önemli olan hormonu bilmeyen kadınların bilen kadınlardan daha fazla stres yaşamaları bu konuda bilgi düzeyi düşük olan kadınların stres düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan fertil kadınlardan döllenmenin tanımını, döllenmenin gerçekleştiği organı ve yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmemenin etkili bir korunma yöntemi olmadığını bilmeyen kadınların “GSP” ortalamalarının bilen kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnfertil kadınlarda ise sadece hormonların rahmi gebelik için hazırladığını bilmeyen kadınların “GSP” ortalaması bilen kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Her ne kadar bilgi ve stres farklı kategorilerde değerlendirilse de infertiliteyi ortadan kaldırarak içinde buldukları stresli durumdan kurtulmak için infertil kadınların bu konularda daha fazla araştırma yaptıkları ve bilgi edindikleri bilinmektedir. Bu da bilgi düzeyi ile stres kategorilerinin birbirine bağlı olduğunu göstermektedir.

Yine çalışmamız sonucu; “yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye giren kadınların gebe kalma ihtimalinin yüksek olduğunu” bilmeyen fertil kadınlar “cinsel sorunlar” alt boyutundan bilen fertil kadınlara oranla daha yüksek puan almışlardır. Bu fertil kadınların bilgi düzeylerinin, cinsel yaşamları da dahil birçok alandaki stres düzeylerini etkilemektedir. İnfertil kadınlarda ise kadınların yumurtlama döneminde cinsel ilişkide bulunmama durumlarının etkili bir korunma yöntemi olmadığını ve bu dönemde kadınların hamile kalma ihtimallerinin yüksek olduğunu bilme durumları ile “çocuksuz yaşamı reddetme” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çocuk sahibi olmak hayatının amacı olan infertil kadınların bu konuda stres yaşamaları da son derece doğaldır. İnfertilite, kadınların yaşamlarının birçok alanında en büyük sorun olarak karşılına çıkmaktadır. Fertil kadınlarda düşüncesi bile büyük stres yaratan bu durumun; infertil kadınlarda stres yarattığı ve yaşamlarının her alanını etkilediği çalışmamızın sonuçları ile desteklenmektedir. Yaptığımız çalışmada fertil ve infertil kadınların stres düzeyleri arttıkça sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişkiler, çocuksuz yaşamı reddetme ve ebeveyn olma ihtiyacı sorunlarının da paralel şekilde artması bu görüşü desteklemektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların ilişkiler alt boyutu ile evlilik süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Düşük düzeyde stres yaşayan kadınların çoğunluğu 13-48 aylık evliyken; orta düzeyde stres yaşayan kadınların çoğunluğunun evlilik süresi 120 ay ve üzeridir. Evlilik süresi arttıkça yaşanmışlıkların artması, yeni ortamlara katılma, yeni insanlarla tanışma, çocukların bu yaşama dahil olması veya çocukları bu yaşama dahil edememenin verdiği üzüntü bu stres durumunu etkilemektedir. Yine çalışmamızda kadınların ilişkiler alt boyutu ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunması infertil kadınların çoğunluğunun orta düzeyde stres yaşamaması; fertil kadınların ise çocuk sayısı arttıkça stres düzeyinin artması bu görüşümüzü desteklemektedir. Araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite nedenleri ile cinsel sorunlar stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p<0.05$). İnfertilite nedeni eşine bağlı olan kadınların çoğunluğunun stresi düşük düzeydeyken; infertilite nedeni kendine bağlı olan

kadınların stres düzeyinin daha yüksek olması toplumun kadın üzerindeki baskısının ve kadının bundan etkilenmesinin açık bir göstergesidir. İnfertil çiftlerde cinsel yaşam sadece çocuk sahibi olmak için yapılan bir eylem haline gelmekte olup, kadının faktör olduğu infertilite durumu kadında cinsel yaşamı daha da zorlaştırmaktadır.

Bu konuları tartışacağımız herhangi bir literatür çalışmasının bulunmaması da bilim açısından önemli bir eksikliklerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Araştırmaya katılan fertil kadınların yaş ortalaması 28.5 ± 6.36 iken; infertil kadınların yaş ortalaması 29.70 ± 6.32 'dir. Örneklemedeki kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, çalışmadığı, büyükşehirde yaşadığı, gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir.

İnfertil kadınların çoğunluğunun 1-3 yıldır çocuk sahibi olmak istediği, daha önce tedavi deneyiminin olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınların çoğunluğunda infertilite nedeninin kadın olduğu ve infertiliteyi paylaşımın büyük kısmında aile ile sınırlı kaldığı tespit edilmiştir. Fertil kadınlar ile infertil kadınlar arasında evlilik süresi, çocuk sayısı ve daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi olma durumları açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

İnfertil kadınların fertil kadınlara göre daha çok adet takvimi/günlüğü kullandığı, adet dönemine iki hafta kala göğüslerde şişkinlik ve ağrı belirtilerini bildiği saptanmıştır. Ayrıca adet döngüsündeki önemli hormonu, yumurtlamadan genellikle 14-16 gün sonra adet döneminin gerçekleştiğini, yumurtlamanın tanımını, her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısını, yumurta ve spermin kadın vücudunda yaşama sürelerini, yumurtlama döneminin en belirgin özelliğinin vajinal akıntı olduğunu ve bu akıntının yumurta akı renginde olduğunu, hormonların rahmin gebelik için hazırlanmasına yardımcı olduğunu, kadınların yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmeleri durumunda hamile kalma ihtimallerinin yüksek olduğunu bilme infertil kadınlarda fertillere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Fertil kadınların gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organı bilmesi infertilere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Kadınların eğitimi ile döllemenin gerçekleştiği organı bilme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir($p<0.05$). Ayrıca infertil kadınların tedavi süreleri ile infertiliteyi aileleri ile paylaşma arasında anlamlı bir ilişki belirlenirken; infertilite nedeni ile infertilite tedavi ihtiyacı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($p<0.05$).

Fertil kadınların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve kadınların stres düzeyleri arttıkça FSE alt boyutu sorunlarının da paralel şekilde arttığı saptanmıştır. Her iki grubunda FSE alt boyutlarındaki en yüksek ortalama puanı ebeveyn olma ihtiyacı alt boyutundan aldığı tespit edilmiştir. Fertil ve infertil kadınların FSE ortalamalarında Çocuksuz Yaşamı Red alt boyutunda fertil ve infertil kadınlar arasında anlamlı farklılık tespit edilirken; çocuksuz yaşamı red alt boyutundaki stres düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocuksuz yaşamı red alt boyutu stres düzeyi fertil kadınların çoğunluğunda orta düzeyde iken; infertil kadınların çoğunluğunun stres düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir($p<0.05$). Kadınların evlilik süreleri ve çocuk sayıları ile ilişkisel sorunlar alt boyutundaki stres düzeyleri arasında, döllemenin tanımını bilme ile cinsel sorunlar stres düzeyi arasında ayrıca infertil kadınlarda infertilite nedenleri ile cinsel sorunlar stres düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmamız sonucunda infertil kadınların fertilité bilinci konusunda fertil kadınlardan daha fazla bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Ancak her iki grubunda fertilité bilincinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.

- Fertil ve infertil kadınlarda fertilité bilincinin yeterince oluşturulması, kadınların bedenlerindeki değişiklikleri fark etmeleri için kadınların, kadın sağığı konusunda bilinçlendirilmesi ve fertilité bilincinin tüm toplumda yaygınlaşması gerekmektedir. Bunun için özellikle toplumla iç içe yaşayan birinci basamak sağıık hizmetlerinde çalışan ekibin bu konu hakkında seminerler, ev ziyaretleri, broşürler vb. alternatif girişim yöntemleriyle bu bilinci toplumda oluşturması ve yaygınlaştırması gerekmektedir.
- İnfertil kadınların üreme bilgilerinin artırılması infertilite tedavisi açısından ne kadar önemli ise erkekte de bu bilincin oluşturulması bir o kadar önemlidir. Her iki bireye de fertilité bilincinin oluşturulması için gerekli bilgiler verilmeli ve çiftler bu konuda yönlendirilmelidir.
- Fertilité bilincinin oluşturulması kadın sağığı açısından oldukça önemli bir konudur. Bu konuda branşlaşmanın yapılması ve özellikle infertilite tedavisinde etkin rol oynayan hemşirelerin fertilité bilinci konusunda daha donanımlı hale getirilmesi ve bu süreçte etkin rol alması oldukça önemli bir adım olacaktır.
- Yaptığımız çalışmanın daha farklı bölgeleri ve daha geniş kitleleri de içine alarak saha çalışması şeklinde tekrarlanması toplumdaki kadınların üreme bilgilerinin ve stres düzeylerinin karşılaştırılmasına olanak sağlayacak olup bilime katkı sağlayacağı muhakkaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Sezgin H, Hoccoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2014; 6(2):165-184
2. Algül Ö. İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. 2013, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 92 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Hilmiye Aksu)
3. Laçın S. Fertilitte(Doğurganlık), www.selmanlacin.com/kisirlik-konulari/fertilite-dogurganlik.html, Erişim Tarihi: 06.04.2017
4. CETAD-Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği; İnfertilite, www.cetad.org.tr/news.aspx?detail=70, Erişim Tarihi: 06.04.2017
5. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry. 2013; 5(2):162-178
6. Yesiltepe Oskay U, Kızılkaya Beji N, Serdaroglu H. The issue of infertility and sexual function in turkish women. Springer Science Business Media. 2010; 28: 71– 79
7. Güner Emül T. Kadında Ovülasyon İzlem Yöntemlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi. 2016, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 104 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Zehra Durna)
8. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2):154-159
9. Kırço Çoban T, Dinç A. İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. International Journal of Clinical Research. 2013; 1(2):46-53
10. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22(3):166-76
11. Vural PI, Kızılkaya Beji N. İnfertilite Sorununun Psikoseksüel Etkileri. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014, Erişim Tarihi: 15.06.2017
12. Karaca A, Ünsal G. İnfertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(2): 126-132
13. Alihocagil Emeç Z. Fertil ve İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tanımlanması ve Karşılaştırılması. 2016, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 66 sayfa, Erzurum, (Doç. Dr. Serap Ejder Apay)
14. Özpak L, Pazarbaşı A. Erkek infertilitesinin sitogenetiği. ARŞİV. 2011; 20:230

15. Aka Satar D, Gençdal S. Sperm değerlendirmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013; 22(4):532-542
16. Yılmaz G. İnfertilite Alanında Çalışan Hemşirelerin Roller ve Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi. 2012, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 78 Sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Hülya Okumuş)
17. Teskereci G. İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. 2010, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 84 sayfa, Antalya, (Doç. Dr. Selma Öncel)
18. Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 2015; 8(1)
19. Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. DEUHYO ED. 2014; 7(3):171-177
20. İldan Çalım S, Şirin A. Andropoz: erkek menopozu mu?. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(4):471-476
21. Demirci N, Coşkun Potur D. Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014; 22(1):39-45
22. Ender Yumru A, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon'a doğru hasta seçimi. JAREM. 2011; 1: 57-60
23. Göcek Yorulmaz E, Tekinsav Sütcü S. İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Current Approaches in Psychiatry. 2016; 8(1):144-156
24. MSc. Partovi Meran HE, Kızılkaya Beji N: İnfertilite hemşireliğinin tarihçesi. Androloji Bülteni. 2016; 18(64): 60-64
25. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. 2004, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi, 109 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Musa Tosun)
26. Erdoğan D. Nöralterapi'nin IVF Uygulamalarındaki Başarıya Katkıları nedir? .BARNAT, Mayıs - Haziran 2013, Erişim: D ERDOĞAN - 2013 - barnat.com.tr, Erişim Tarihi: 15.08.2017
27. Sağol S. Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Planlanan İnfertil Kadınlarda Beck Depresyon Ölçeği İle Değerlendirilmesi. 2015, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 43 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Vedat Uğurel)
28. Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbilim Dergisi. 2012; 1(1):27-38

29. Turgay B. İnfertilite Şikayeti Olan Çiftlerde Depresyon Sıklığı ve Hayat Kalitesinin Araştırılması. 2017, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 62 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Ruşen Aytaç)
30. Erkek İnfertilitesi. Avrupa Üroloji Derneği. Erişim: www.dicle.edu.tr/Contents/bd1d936e-bece-41c0-90a4-cec809ebbed0.pdf, Erişim Tarihi: 16.08.2017
31. Çayan S. Erkek İnfertilitesi Değerlendirme, Medikal ve Cerrahi Tedaviler. Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erişim: [Selahittin_cayan Erkek_infertilitesi_degerlendirme_Medikal_ve_Cerrahi_Tedaviler_sertifikasyon.pdf](#), Erişim Tarihi:16.08.2017
32. Hasbajrami A. İnfertil Hastalarda Gonadotropinli Ovulasyon İndüksiyon Protokolüne GnRH Antagonistleri İlavesinin Gebelik Başarısına Olan Etkileri. 2011, Sağlık Bakanlığı, Kanuni Sultan Süleyman E.A.H. Kadın Doğum Kliniği, Uzmanlık tezi, 63sayfa, İstanbul, (Op.Dr. Ali İsmet Tekirdağ)
33. Arpacı H. Levonorgestrel'li Ria (Mirena) İle Cu-T380 Ria'nın Ovülasyon Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması. 2009, Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 60 sayfa, Kahramanmaraş, (Yrd. Doç. Dr. Deniz Cemgil Arıkan)
34. Yenice MG, Şeker KG, Tuğcu V. Erkek İnfertilitesinde Görüntüleme Yöntemleri. Erkek Üreme Sağlığı Androloji Bülteni. 2016; 18(67): 254–258
35. Gökçe A. Dünya Sağlık Örgütü Kriterlerine Göre Standart Semen Analizi. Türk Üroloji Seminerleri. 2011; 2: 1-7
36. Alicik M. Ovulasyon İndüksiyonu ve İntrauterin İnseminasyon Yapılan Olgularda Başarıyı Etkileyen Faktörlerin Retrospektif Değerlendirilmesi. 2010, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 58 sayfa, Edirne, (Prof. Dr. Mehmet Ali Yüce)
37. Atay Y. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 83 sayfa, 2017, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ)
38. Özçelik E. Doğal aile planlaması yöntemleri. Jour Turk Fam Phy. 2016; 07 (3): 45-53. Doi: 10.15511/tjtfp.16.00345
39. Doğurganlık Bilinci ve Doğal Aile Planlaması. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Dördüncü Basım. Ankara. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık tic. Ltd. Şti. 2005. s.311-330
40. Gülen Tek B. Vücut Kitle İndeksinin İn Vitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transfer Sonuçlarını Öngörmeye Klinik Etkisi. 2008, Sağlık Bakanlığı, Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık tezi, 64 sayfa, İstanbul, (Op. Dr. Mehmet Uludoğan)

41. Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları. HSP. 2015; 2(1):100-112
42. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler K.N, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18(4)
43. Eren Bodur N, Çoşar B, Erdem M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2013; 38(1):51-62
44. Durgun Ozan Y. Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi. 2013, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 153 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ)
45. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 4
46. Güngör İ. Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(2): 152-159
47. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. 3.Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2011: p.89, 2011
48. Nunnally, 245-6, 1978
49. Adejoke B, Ayoola, PhD, RN, Gail L, Zandee, MSN, RN, Yenupini J, Adams, BSN, RN. Women's knowledge of ovulation, the menstrual cycle, and its associated reproductive changes. BIRTH. 2016; 43:3
50. Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Nicole Jacobs N. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. Arch Womens Ment Health. 2010; 13:347-358. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737009-0142-x>
51. Eren N. İnfertil çiftlerde algılan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. 2008, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara
52. Topdemir Koçyiğit O. İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. İnsanbilim Dergisi. 2012; 1(1):27-37

8. EKLER

EK 1. Tanıtıcı Bilgi Ve Üreme Fonksiyonları Bilgi Düzeyi Formu

1. Yaşınız:
2. Eğitim Durumunuz: () Okuryazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
3. Çalışma Durumunuz: () Çalışıyorum () Çalışmıyorum
4. Mesleğiniz: () Ev Hanımı () Memur () İşçi () Serbest Meslek
5. Yaşadığınız Yer: () Büyükşehir () Şehir () İlçe () Köy
6. Sosyal Güvenceniz: () Var () Yok
7. Gelir Durumunuz: () Kötü () Orta () İyi
8. Aile Tipiniz: () Çekirdek Aile () Geniş Aile
9. Evlilik Süreniz:.....
10. Yaşayan çocuk sayınız :.....
11. Şu an var olan bir gebeliğiniz var mı? () Evet () Hayır
12. Daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi gördünüz mü?
() Tedavi ihtiyacım olmadı () Evet daha önce tedavi gördüm () Hayır ilk kez tedavi görüyorum
Çocuk sahibi olmak için tedavi görmüyorsanız 13, 14, 15, 16 ve 17. soruları geçiniz.
13. Kaç yıldır çocuk sahibi olmak istiyorsunuz? () 1-3 yıldır () 4-6 yıldır () 7-10 yıldır () 10 yıl üzeri
14. Kaç yıldır çocuk sahibi olmak için tedavi görüyorsunuz? () 1-3 yıldır () 4-6 yıldır () 7-10 yıldır () 10 yıl üzeri
15. Çocuk sahibi olmama nedeniniz nedir? () Bana bağlı nedenler () Eşime bağlı nedenler
() Hem bana hem eşime bağlı nedenler () Bilinmeyen nedenler
16. Çocuk sahibi olamama durumunuzu çevrenizdekilerle paylaşabiliyor musunuz? () Evet () Hayır
(cevabınız hayır ise bir sonraki soruyu geçiniz)
17. Çocuk sahibi olamama durumunuzu kimlerle paylaşabiliyorsunuz? () Sadece aile ile () Sadece arkadaş ile () Herkesle
18. Adetleriniz düzenli midir? () Evet () Hayır
19. Adet takvimi veya günlüğü tutuyor musunuz? () Evet () Hayır
20. Bir sonraki adet tarihinizin ne olduğunu biliyor musunuz? () Evet ise tarihi yazınız:..... () Hayır
21. Kadınların bir sonraki adet dönemi 20-36 gün sonra başlar. () Evet () Hayır () Cevap yok
22. Kadınların adet dönemi 2-8 gün sürebilir. () Evet () Hayır () Cevap yok
23. Kadınların adet dönemlerine 2 hafta kaldığında hangi fiziksel değişiklikler görülebilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)() Kramp () Şişkinlik () Göğüslerde ağrı
24. Hormonlardan hangisi adet döngüsünde önemlidir? () Östrojen hormonu () Progesteron hormonu () Bilmiyorum
25. Yumurtlamadan genellikle 14-16 gün sonra adet dönemi gerçekleşir. () Evet () Hayır () Cevap yok
26. Yumurtlama olgunlaşmış bir yumurtanın yumurtalıktan serbest bırakılmasıdır. () Evet () Hayır () Cevap yok
27. Her ay bir yumurtalıktan serbest bırakılan yumurta sayısı 1'dir.() Evet () Hayır ise kaç yumurta bırakıldığını yazınız: () Cevap yok
28. Bir kadının yumurtası sadece 1 gün canlı kalabilirken, erkeğin spermi kadın vücudunda 5-7 gün canlı kalabilir.() Evet () Hayır () Cevap yok
29. Yumurtlama döneminin en belirgin özelliği vajinal akıttır. () Evet () Hayır () Cevap Yok
30. Yumurtlama dönemindeki vajinal akıntı yumurta akı rengindedir. () Evet () Hayır () Cevap Yok
31. Gebelik yumurta ve spermin döllemesi sonucu oluşur. () Evet () Hayır () Cevap yok
32. Döllemenin gerçekleştiği organ neresidir? () Yumurtalıklar () Tüpler () Rahim
33. Hormonlar rahmin gebelik için hazırlanmasına yardımcı olur. () Evet () Hayır () Cevap yok
34. Kadın yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girerse hamile kalma ihtimali yüksektir. () Evet () Hayır () Cevap yok
35. Yumurtlama döneminde cinsel ilişkiye girmeme etkili bir korunma yöntemidir. () Evet () Hayır () Cevap yok
36. Kadında gebeliğin oluşmasını sağlayan en önemli organ hangisidir? () Yumurtalıklar () Tüpler () Rahim

EK 2. Fertilité Sorun Envanteri

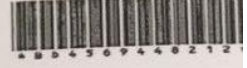
Aşağıdaki ifadeler fertilité (kısırlık) sorunları ile ilgili farklı görüşleri/fikirleri dile getirmektedir. Lütfen, her ifadenin sol tarafındaki çizgiye, o ifadeye ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmek için bir numara yazınız. Eđer çocuğunuz varsa, yanıtlarınızı **çocuk sahibi olduktan sonra, şu anda hissettiklerinize göre** veriniz.

Lütfen, her maddeye özel dikkat gösteriniz. Size uygun olan görüşü şaretleyiniz.

Soru No	Soru	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Çocuğu olmayan çiftler, çocuğu olan çiftler kadar mutludur						
2	Bir çiftin ilişkisinde en önemli iki olay; hamilelik (gebelik) ve doğumdur						
3	Kısırlık (fertilité) sorunu nedeniyle, cinsel ilişkiden aldığım hazzı kaybettiğimi fark ettim						
4	Eşim için eskiden olduğu kadar çekici olduğumu hissediyorum						
5	Bana göre ebeveyn olmak, tatmin edici bir mesleki kariyerdan daha önemli bir amaçtır						
6	Evliliğimde çocuğa (başka bir çocuğa) ihtiyaç var						
7	Kendimi, hembinslerimden hiç farklı hissetmiyorum						
8	İnsanın çocuğu olana kadar kendisini gerçek bir yetişkin gibi hissetmesi zor						
9	Bana çocuklar hakkında soru sorulmasından rahatsızlık duymuyorum						
10	Çocuksuz (başka bir çocuğumun olmadığı) bir gelecek beni korkutur						
11	Eşimi üzmemek için, ona ne hissettiğimi belli edemiyorum/ gösteremiyorum						
12	Aile bireylerinin, bize her zamankinden farklı davrandığını düşünmedim/düşünmüyorum						
13	Cinsellikte başarısız olduğumu hissediyorum						
14	Tatiller benim için her zamankinden daha zor (geçiyor)						
15	Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmamasının bazı avantajlarını görebiliyorum						
16	Eşim, kısırlık sorununun beni nasıl etkilediğini anlamıyorum						
17	Cinsel ilişki sırasında tek düşündüğüm, bir çocuk (ya da tekrar bir çocuk) sahibi olmak istediğim						
18	Eşim ve ben, kısırlık sorununuz ile ilgili konuları aşmak için birlikte çaba harçıyoruz						
19	Kısırlık sorununuz nedeniyle kendimi boşlukta (boş) hissediyorum						
20	Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmadan da mutlu bir yaşam hayal edebiliyorum						
21	Eşimin, sorunuza farklı şekilde tepki vermesi beni endişelendiriyor						
22	Cinsel ilişkiye girmek zor geliyor, çünkü tekrar bir hayal kırıklığı yaşamak istemiyorum						
23	Çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmak, yaşamımın temel belirleyeni/önceliği değil						
24	Eşim, benim hakkımda oldukça hayal kırıklığına uğramış durumda						
25	Bazı zamanlar, gerçekten bir çocuk (başka bir çocuk) isteyip istemediğimi merak ediyorum						
26	Eşim ve ben, kısırlık sorununuz hakkında birbirimizle daha açık konuşabiliriz						
27	Aile toplantıları benim için her zamankinden daha zor (geçiyor)						
28	Çocuğumun (başka bir çocuğumun) olmaması, başka tatmin edici /keyifli şeylerle ilgilenmek için bana zaman / olanak sağlar						
29	Çocuğu zaman, ebeveyn olmak için doğduğumu hissediyorum						
30	Kendimi, çocukları olan arkadaşlarımla kıyaslamaktan alıkoyamıyorum						
31	Benim mutlu olmam için çocuk (başka bir çocuk) sahibi olmam gerekli değil						
32	Cinsel ilişkiye girmek için kritik (önemli) bir günü kaçırırsak epey sinirlenebilirim						
33	Bu sorun yüzünden eşimle ayrıldığımı hiçbir zaman hayal bile edemem						
34	Kendimi bildim bileli ebeveyn olmak istemişimdir						
35	Çocukları olan arkadaşlarımla hala pek çok ortak noktamız var						
36	Kısırlık sorununuz hakkında konuşmayı her deneyişimizde, bu bana yine bir tartışmayla sonlanacakmış gibi geliyor						
37	Bazen öyle çok baskı hissediyorum ki, cinsel ilişkiye girmek zorlaşabiliyor						
38	Eşimle çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmasa da uzun ve mutlu bir ilişkimiz olabilir						
39	Küçük çocuğu olan arkadaşlarımla zaman geçirmek bana zor geliyor						
40	Çocuklu aileleri gördüğümde, kendimi dışlanmış hissediyorum						
41	Çocuksuz olmanın, bana cazip gelen özgür bir tarafı var						
42	Bir çocuk (yada başka bir çocuk) sahibi olmak için hemen her şeyi yapacağım						
43	Arkadaşlarımla ya da ailemin bizi arka planda tuttuğunu hissediyorum						
44	Başkalarının, çocukları hakkında konuşması beni rahatsız etmiyor						
45	Kısırlık nedeniyle eşimle birbirimizden uzaklaştığımızdan endişe ediyorum						
46	Kısırlık sorununuz ile ilgili konuştuğumuzda, eşim benim söylediklerimle rahatlıyor gibi görünüyor						

EK 3. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/03/2017-15044



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/300/
Konu :Araştırma İzni/Burcu ÇAKI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :a) 02/03/2017 tarihli, 13351 sayılı ve "Araştırma İzni/Burcu ÇAKI" konulu yazı
b) 09/03/2017 tarihli, 14705 sayılı ve "Araştırma İzni/Burcu ÇAKI" konulu yazı

İlgi (a) yazınızla Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Burcu ÇAKI' nın anket ve ekte sunmuş olduğu çalışmalarının Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında Kadın Doğum Anabilim Dalına bağlı poliklinik ve servislerindeki hastalara uygulama talebine yönelik Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanının cevabi yazısı ilgi (b) de yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Murat Taner GÜLŞEN
Başhekim

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.136.124/enVision/DoGrula/NU3HHL7>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE
Tel: 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağı:<http://www.gantep.edu.tr/>
Ayrıntılı bilgi için irtibat:

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/03/2017-14705

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

09/03/2017

Sayı :91786782/108.01/14705
Konu :Araştırma İzni/Burcu ÇAKI

ŞAHİNBAY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :02/03/2017 tarihli, 13411 sayılı ve "Araştırma İzni/Burcu ÇAKI" konulu yazı

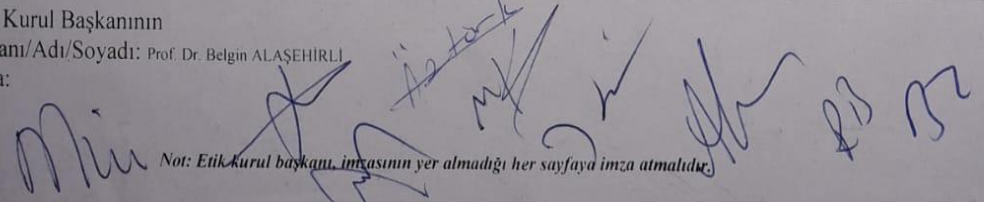
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Burcu ÇAKI'nın anket ve ekte sunmuş olduğu çalışmalarının Mart-Mayıs 2017 tarihleri arasında Kadın Doğum Anabilimdalımıza bağlı poliklinik ve servislerindeki hastalara uygulama talebi uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Mete Gürol UĞUR
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı Başkanı V.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.136.124/en/Vision/Dogrula/KV3H0ST>
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE
Tel: 0 (342) 360 12 00 Faks: 0 (342) 360 10 13
E-Posta : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağı:<http://www.gantep.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
1 / 1

EK 4. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Fertil-İnfertil Kadınların Üreme Fonksiyonları Hakkındaki Bilgilerinin Stres Düzeyine Etkisi Çalışması			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		285			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep			
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704			
	FAKS	0342 360 39 27			
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr Rabia SOHBET			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DIĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ					
İmza: 					
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.					

EK 4. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Fertil-İnfertil Kadınların Üreme Fonksiyonları Hakkındaki Bilgilerinin Stres Düzeyine Etkisi Çalışması							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		285							
KARAR BİLGİLERİ	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	ILAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
	DIĞER:	<input type="checkbox"/>							
Karar No:2016 /285		Tarih: 31.10.2016							
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.									
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDIATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FIZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
İrem ELBEYLİ	MİMAR	Gaziantep Büyükşehir Belediyesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
*:Toplantıda Bulunma							Elden teslim aldım.		
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ									
İmza:									
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.									

9. ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Gaziantep'te doğan Burcu Çakı 5 çocuklu bir ailenin 3. çocuğudur. 1 abisi, 1 ablası ve 2 kız kardeşi bulunmaktadır. Burcu Çakı;

1998-2005 yılları arasında Gaziantep'te ilköğretim eğitimini tamamladı.

2005-2009 yılları arasında Kilis Anadolu Lisesi'nde lise öğrenimini tamamladı.

2009-2013 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde lisans öğrenimini tamamlayarak yüksek şeref öğrencisi olarak mezun oldu. 2013 yılından bu yana Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Eylül 2015 tarihinde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başladı.

Akademik Çalışmalar ve Katıldığı Bilimsel Programlar

1. Sohbet R, Baytürk ES, Tatarlı M, Yıldız S, Çakı B, Kurt A, Ulutaş M, Kınacı A, Sümeyra N, İnanç A. Gaziantep Üniversitesi Öğrencilerinin Süt Ve Süt Ürünlerini Kullanım Alışkanlıkları. 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2011, Gaziantep (Poster Sunum).

2. Sohbet R, Çakı B. Fertil-İnfertil Kadınların Üreme Fonksiyonları Hakkındaki Bilgilerinin Stres Düzeyine Etkisi. III. Uluslararası Mesleki ve Teknik Bilimler Kongresi, 2018, Gaziantep(Sözel Sunum)

3. Sohbet R, Çakı B, Oğuz G, Günay N, Tuzluoğlu F, Hıdır M. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 3. Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Hareketsiz Yaşam Üzerindeki Görüşleri. III. Uluslararası Mesleki ve Teknik Bilimler Kongresi, 2018, Gaziantep(Sözel Sunum)

4. Sohbet R, Çakı B, Bazoğlu M, Döner M, Tuğcu MC, Erdal M. Değişen Sınav Sisteminin Öğrenciler Üzerindeki Etkisi. III. Uluslararası Mesleki ve Teknik Bilimler Kongresi, 2018, Gaziantep(Sözel Sunum)

5. Çakı B, Kerkez M. Kişisel Hijyen ve Özbakım Konferansı. Yükseköğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu, Ezogelin Öğrenci Yurdu, 14.05.2018, Gaziantep(Konuşmacı)

Katıldığı Kongreler

10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2011, Gaziantep
5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2017, Ankara
1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 2018, Ankara
- III. Uluslararası Mesleki ve Teknik Bilimler Kongresi, 2018, Gaziantep