

**T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARDA ÜREME  
PROBLEMLERİNİN FİZİKSEL, DUYGUSAL, SOSYAL VE  
İLİŞKİSEL YAŞAM ALANLARINA ETKİSİ**

**Hemşire Aynur Sinem Uğur**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2014**

**T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNERTİLİTE TEDAVİSİ ALAN KADINLARDA ÜREME  
PROBLEMLERİNİN FİZİKSEL, DUYGUSAL, SOSYAL VE  
İLİŞKİSEL YAŞAM ALANLARINA ETKİSİ**

**Hemşire Aynur Sinem Uğur**

**Tez Danışmanı  
Yard. Doç. Dr. Hacer Erten Yaman**

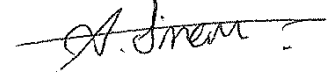
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2014**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için 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.

AYNUR SİNEM UĞUR



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4. 1. İNFERTİLİTEYE TARİHSEL BAKIŞ .....	5
4.2. TANIMI VE İNSİDANSI .....	6
4.3. ETYOLOJİSİ .....	7
4.3.1. Erkeğe Ait Nedenler.....	7
4.3.2. Kadına Ait Nedenler.....	8
4.4. TANILAMA.....	10
4.4.1. İNFERTİL ÇİFTİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	10
4.4.1.1. Kadının Değerlendirilmesi .....	10
4.4.1.2. Erkeğin Değerlendirilmesi .....	12
4.5. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ (YÜT).....	13
4.5.1. YÜT ENDİKASYONLARI .....	13
4.5.2. GEÇMİŞTE VE GÜNÜMÜZDE KULLANILAN YÜT TEKNİKLERİ.....	13
4.5.3. YÜT TEKNİKLERİ İLE TEDAVİ SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN KOMPLİKASYONLAR.....	15
4.6. İNFERTİLİTENİN ÇİFTLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ .....	17
4.6.1. İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK DURUMA ETKİSİ.....	17
4.6.2. İNFERTİLİTENİN SOSYAL DURUMA ETKİSİ.....	21
4.6.3. İNFERTİLİTENİN İLİŞKİSEL DURUMA ETKİSİ.....	22
4.7. İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ .....	25
4.7.1. İNFERTİLİTE HEMŞİRESİNİN ROLLERİ.....	26
4.8. YAŞAM KALİTESİ .....	29
4.8.1. TARİHÇESİ VE TANIMI .....	29
4.8.2. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	30
4.8.3. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ .....	31
4.9. FERTİQOL ÖLÇEĞİ.....	32
4.9.1. ÖLÇEĞİN TANIMI.....	32
4.9.2. ÖLÇEĞİN GELİŞTİRİLME SÜRECİ.....	33

4.9.3. İLGİLİ POPÜLASYON.....	34
5. MATERYAL VE YÖNTEM .....	35
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ .....	35
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	35
5.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	35
5.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINMA KRİTERLERİ .....	36
5.5. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ.....	36
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
5.6.1. TANILAMA FORMU .....	37
5.6.2. FERTİQOL ÖLÇEĞİ.....	37
5.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	38
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	39
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	39
5.10. ARAŞTIRMANIN SORULARI .....	39
6. BULGULAR .....	41
6.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	41
6.2. EVLİLİK DOĞURGANLIK VE ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	43
6.3. İNFERTİLİTE VE TEDAVİ GEÇMİŞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	45
6.4. FERTİQOL ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR .....	49
6.5. FERTİQOL ÖLÇEĞİ İLE SEÇİLEN ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	53
6.5.1. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ .....	53
6.5.2. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ EVLİLİK, DOĞURGANLIK VE ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ .....	58
6.5.3. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ İNFERTİLİTE VE TEDAVİ GEÇMİŞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ .....	62
7. TARTIŞMA .....	68
8. SONUÇ .....	79
ÖNERİLER.....	81
9. TEŞEKKÜR.....	83
10. KAYNAKLAR.....	84
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>ASRM</b>	:American Society for Reproductive Medicine
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>E2</b>	:Östrodiol
<b>ESHRE</b>	:European Society of Human Reproduction and Embryology
<b>FERTİQOL</b>	:Fertility Quality Of Life
<b>FNG</b>	:İngiltere Fertilité Hemşireleri Grubu
<b>FSH</b>	:Folikül Stimulan Hormon
<b>GIFT</b>	:Gamet İntrafalloopian Transfer
<b>ICSI</b>	:Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
<b>IUI</b>	:İntrauterin İnseminasyon
<b>IVF</b>	:İn Vitro Fertilization
<b>KMO</b>	:Kaiser-Mayer-Olkin
<b>LH</b>	:Luteinizan Hormon
<b>OHSS</b>	:Overyan Hiperstimülasyon Sendromu
<b>PID</b>	:Pelvik İnflamatuvar Hastalık
<b>PKOS</b>	:Polikistik Over Sendromu
<b>QLO</b>	:The Quality-Of- Life Questionnaire
<b>SF-36</b>	:Short Form-36
<b>SİYK</b>	:Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
<b>SPSS</b>	:Statistical Package for the Social Sciences
<b>TDSÖYKÖ-KF</b>	:Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form
<b>TNSA</b>	:Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	:Türkiye İstatistik Kurumu
<b>USG</b>	:Ultrasonografi
<b>WHOQOL-BREF</b>	:WHO Quality of Life-BREF
<b>YÜT</b>	:Yardımcı Üreme Teknikleri
<b>ZIFT</b>	:Zigot İntrafallopian Transfer

Araştırma T.C İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından alınan 26.09.2013 tarih ve 26.09.2013\12-76 no'lu karar ile onaylanmıştır.

**Araştırma Projesi Numarası:** HEM\1242012

## TABLULAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 5.1. Ölçek Maddelerinin Ölçek Alt Boyutlarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 5.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler, Değerlendirilen Parametreler.....	39
Tablo 6.1.1. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	42
Tablo 6.2.1. Evlilik Değişkenine Göre Dağılımları.....	43
Tablo 6.2.2. Doğurganlık Ve Üreme Sağlığı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	44
Tablo 6.3.1. İnfertilite Ve Tedavi Geçmişi İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları.	46
Tablo 6.3.2. Tedavide En Çok Zorlanılan Duruma Göre Dağılımları.....	48
Tablo 6.3.3. Çocuk Sahibi Olamama Nedeniyle Baskı Hissetme Durumuna Göre Dağılımları.....	49
Tablo 6.4.1. FertiQol Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Değerler.....	50
Tablo 6.4.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 6.4.3. Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Pozitif Korelasyon İlişkisi.....	52
Tablo 6.5.1.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre İncelenmesi.....	54
Tablo 6.5.1.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi.....	55
Tablo 6.5.1.3. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi.....	56
Tablo 6.5.1.4. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi.....	57
Tablo 6.5.2.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşayan Çocuk Varlığı Değişkenine Göre İncelenmesi.....	59
Tablo 6.5.2.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kendinde Üreme Sağlığı Sorunu Yaşama Değişkenine Göre İncelenmesi.....	61
Tablo 6.5.3.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gebe Kalamama Süresi Değişkenine Göre İncelenmesi.....	63
Tablo 6.5.3.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tedavi Süresi Değişkenine Göre İncelenmesi.....	64

Tablo 6.5.3.3.	FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kurum\ Hekim Değişikliği Yapma Değişkenine Göre İncelenmesi.....	65
Tablo 6.5.3.4	FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Doğurganlık Sorunu Nedeni İle Kendini Baskı Altında Hissetme Değişkenine Göre İncelenmesi..	66
Tablo 7.1.	FertiQol Ölçeği İle Yapılan Çalışmalar.....	73





## 1. ÖZET

Sunulan çalışma infertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin yaşam kalitelerine etkisini inceleyerek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık çalışanlarının tedavi alan çiftleri sadece üreme problemleri ile değil, etkilenen diğer yaşam alanlarını da göz önünde bulunduran bütüncül bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'nde, 01.10.2013- 31.01.2014 tarihleri arasında, infertilite tanısı almış, en az ilkokul mezunu, evli, çalışmaya gönüllü olarak katılan ve iletişim engeli olmayan 90 kadın ile yürütülmüştür.

Araştırmanın verileri; literatür bilgileri ve klinik deneyimlere dayanarak hazırlanan Tanılama Formu (Ek-4) ile Ertüzün tarafından Türkçeye çevrilen ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılan "Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)–FERTİQOL (Ek-5) kullanılarak toplanmış ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamasının  $33,96 \pm 5,38$  olduğu, % 65,6'sının şehirde yaşadığı, % 58,9'unun çalıştığı, % 23,3'ünün daha önce infertilite tedavisi almadığı, % 48,9'unun ilk tüp bebek denemesi olduğu saptanmıştır. Olguların %51,1'i çocuk sahibi olamama nedeniyle kendilerini baskı altında hissettiklerini ve en yoğun baskı nedeninin de kendilerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. En yüksek hayat kalitesi ölçek puanının çekirdek modülde ilişkisel alt boyutta (ortalama: 79,21), tedavi modülünde ise tedavi çevresi alt boyutunda olduğu (ortalama: 80,23), en düşük hayat kalitesi ölçek puanının ise duygusal alt boyutta (ortalama: 62,96) yer aldığı görülmüştür.

Kadınların doğurganlık sorunu nedeni ile kendilerini baskı altında hissetme değişkeni ile ölçeğin duygusal, zihin-beden ve sosyal alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.01$ ).

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Yaşam Kalitesi, FertiQol Ölçeği

## 2. SUMMARY

The effect of fertility problems on physical, emotional, social and relational in women who are under the treatment of infertility.

This study investigated the effect of fertility problems on the life quality of women who were under the treatment of infertility. We presumed that the results revealed would increase the awareness of health professionals about the life quality of the patients, and change their understanding to approach these couples not only for the treatment of infertility but also the mostly affected components of their life quality.

The study was done at Florence Nightingale Hospital In Vitro Fertilization (IVF) Center between the dates of 01st October 2013- 31st January 2014. Ninety women who were diagnosed as infertility voluntarily joined to our study. All of the women were married and they have a basal education level as a graduate of primary school. Therefore, there were capable of participating the study and achieving a good communication.

The data was collected by using a Statement Form (Appendix-4) that was prepared according to the literature and clinical experiences and FertiQoL Quality of Life Questionnaire (2008)-FERTIQOL approved by an availability-safety test. This questionnaire was translated into Turkish Language by Ertuzun (Appendix-5). Statistical evaluation was done by using SPSS 17.0 package program.

Mean age of the study group was  $33,96 \pm 5,38$ . Demographic evaluation also revealed that 65,6% of these patients were living in a city, 58,9% of them were working and 23,3% have no previous infertility treatment. It was the first attempt of IVF treatment for 48,9% of those women. Almost half of these patients (51,1%) described a kind of pressure. They claim that the main part of pressure they feel was self-dependent. The highest quality of life score in core module, relational subscale was 79,21 and in treatment module, environment subscale was 80,23. The lowest life quality scores were recorded for emotional subscale as 62,96.

Relations between the consistency of pressure feeling caused by a fertility problem and emotional, mind-body and social subscale were statistically significant.

**Key Words:** Infertility, Life Quality, FertiQoL

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan türünün üreme gayreti yaşamın devamlılığı temeline dayanır. Nesillerinin devamı için üremek aslında tüm canlıların en temel içgüdüsüdür. Tek hücreli prokaryotlardan, çok hücreli organizmalara kadar bütün canlılar türlerinin devamı ve genetik özelliklerinin sonraki nesillere aktarılması için savaşırlar. İnsanoğlunun varoluşunda ve ölümsüzlük savaşında aşk vardır, sevgi vardır, şefkat vardır ve bunlardan da daha önemli olmak üzere fedakârlık vardır. Varoluşun temelinde ise ruhuyla ve bedeniyle kadın vardır. Kadın aslında Tanrının soluğudur. Kadın, Neolitik ve Kalkolitik çağlarda, Hitit ve Frigler döneminde doğurganlığından dolayı tanrıların en büyüğü olan “Ana Tanrıça” olarak taçlandırılmıştır. “Kybele” adı ile de bilinen Ana Tanrıça, aynı zamanda bütün tanrı ve tanrıçaların anasıdır. Kybele, bolluğu ve bereketi de simgelemektedir (1).

Kadının doğurganlığı hem biyolojik bir gerçek hem de toplumdaki cinsiyet rolünün belirleyicisidir. Pek çok kültürde gebelik ve ebeveynlik, yaşamın önemli gelişimsel basamaklardan biri olarak görülmekte ve üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratmaktadır. Çocuk, çoğu kültürde ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktördür. Anne ve babalar toplumsal cinsiyet rollerini ve sosyal normları çocuklarına daha doğdukları andan itibaren iletirler. Bu kültürel aktarımlarla yetişen bireyler için ise infertilite, kadınlar için toplumun annelik beklentisini karşılayamamak, erkekler için de kültürün tanımladığı erkeklik yeteneğini gösterememek anlamına gelebilir. Kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olabilen çocuk sahibi olma yeteneğinin bozulmasından çoğunlukla kadın sorumlu tutulmaktadır. Annelik toplumda kadın için hala birincil rol olarak görülmektedir. Birçok ülkede kadınlar için evlilik, çocuk olana kadar tam olarak bir evlilik sayılmadığı için boşanmalar daha kolay olabilmekte, bazı ülkelerde de yeni bir eş aranmaya neden olabilmektedir (2).

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur. İnfertilite gündeme geldiğinde, infertil olmak her şeyin önüne geçer. Kişi bir doktor, mühendis ya da öğretmen değil infertildir (3). İnfertilite tanısı ile birlikte çiftler; eş, aile ya da arkadaşlarla olan yakınlığın kaybı,

toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, rol kaybı, geleceğe yönelik güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı, sağlığa olan güvenin kaybı gibi faktörlerin bir tanesi bile depresyona neden olabilecek pek çok kayıp yaşamaktadır (4). Kısacası infertilite kişilerin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına olumsuz etkiler yaparak yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

İnfertilitenin bireylerin yaşam kalitesi üzerinde yarattığı etkiler; infertilite süresi, tedaviye devam etme ve bireylerin adaptasyon kapasitelerine, prognozlarına, infertilite nedenlerine ve destek sistemlerine göre değişir. İnfertilite tedavi sürecinin büyük bir kısmında çiftlerle bir arada olan hemşireler kişilerin yaşam kalitelerini belirleyen temel faktörleri de değerlendiren bütüncül bir yaklaşımla ve uygun girişimlerle tedavi sürecini bu yönde de destekleyebilmelidirler (4,5).

Sunulan çalışma infertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin yaşam kalitelerine etkisini inceleyerek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sağlık çalışanlarının tedavi alan çiftleri sadece üreme problemleri ile değil, etkilenen diğer yaşam alanlarını da göz önünde bulunduran bütüncül bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. İNFERTİLİTEYE TARİHSEL BAKIŞ

Üreme çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. İnfertilite ile ilgili ilk metinler (MÖ) 2200-1950 yıllarına dayanır. Gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesiyle ilgili reçeteler ilk olarak eski Mısır'da kullanılmıştır (2).

Hipokrat (MÖ 460-377) yazılarında uterusun ve tubal açıklığın gebe kalmadaki önemi ve ayrıca semenin üremedeki yerini vurgulamıştır. Efes'te doğan Soranus (MS 98-138) fertil dönemi ilk açıklayan kişilerdendir. Anton Van Leuwenhook (1632-1723) ve Hollandalı öğrencisi Hamen 1674 ve 1677 yıllarında spermin ilk kez mikroskopik görünümünü tarif etmişlerdir. Regnier de Graff (1641-1673) gamet üretimini ayrıntılı bir şekilde tarif etmiş ve 1668 ve 1672 yılları arasında yayınladığı eserlerinde kadın-erkek üreme sistemlerini geniş bir biçimde ortaya koymuştur (6,7)

IVF basamakları ilk önce hayvan çalışmaları ile başlamıştır. Abbe Lazzaro Spallanzani (1729-1799) kurbaçalarda yaptığı deneysel çalışmalarda semenin sıvı kısmının yumurtaları dölleyemediği ve sperm içeren hücresel kısmının yumurtaların döllelenmesinde etkin olduğunu ortaya koymuştur (7).

Walter Heape 1890 yılında tavşanlarda preimplantasyon evrede bulunan embriyoları bir tavşan türünden o tavşanların kanallarının yıkanması yolu ile alıp, diğer bir tavşan türünün kanallarına transfer ederek yeni tavşan türünde önceki türde tavşanların doğmasını sağlamıştır (7,8).

Fizyolog B.Edwards ve eşi Ruth Fowler memelilerde süperovulasyon konusundaki ilk çalışmacılardandır. B.Edwards ve Barry Bavister Mart 1968 yılında ilk kez insan yumurtasını dış ortam in vitro laboratuvar koşullarında fertilize etmeyi başaran araştırmacılar olmuşlardır. 1969'ların sonlarında Edward ve arkadaşları insan oositleri ile ilk IVF'i başardıklarını açıklamışlardır. İlk IVF gebeliği Edwards ve Steptoe tarafından, 1976 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında yaşayan ve 2 kez ektopik gebelik sonucu

salpenjektomi geçirmiş tüp faktörlü annede oluşturulmuştur. Bu gebelik 25 Temmuz 1978 yılında Louise Brown'ın doğumu ile sonuçlanmıştır. Zamanla IVF tedavisinin Gamet intrafallopian transfer (GIFT), Zigot intrafallopian transfer (ZIFT), Intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) gibi çeşitli modifikasyonları ortaya çıkmış ve uygun hastalarda kullanılmaya başlanmıştır (7,8,9).

Bu başarı infertilite tedavisinde yeni bir çağı başlatmıştır. Geçen 30 yıl içerisinde ovulasyonun uyarılması, oositlerin toplanması, oosit ve embriyo kültürü, embriyoların dondurularak saklanması ve embriyo transfer tekniklerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991 yılında sadece yardımcı üreme teknikleri (YÜT) yöntemleri kullanılarak yılda 3200'ün üstünde canlı doğum gerçekleştirilmiştir. Bütün bu gelişmeler, daha önce imkansız olarak kabul edilen infertilite problemlerinin çözümünü sağlamaya başlamıştır (7,8,9).

## 4.2. TANIMI ve İNSİDANSI

American Society for Reproductive Medicine Practice Committee'nin (ASRM) tanımına göre infertilite, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen en az bir yıl içerisinde gebelik elde edilememesi durumudur (10). İnfertilite primer ve sekonder infertilite olmak üzere iki grupta değerlendirilir. Daha önce hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite, buna karşılık daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına da sekonder infertilite adı verilir. Primer infertilite sebeplerinin %55-75, sekonder infertilite sebeplerinin %25-40 oranında infertilite nedenleri arasında olduğu bildirilmiştir (4,8,11,12, 13,14,15).

İnfertilite üreme çağındaki çiftlerin %10-15 kadarını etkilemektedir. Son yıllarda bu oranın %30'lara kadar arttığı bilinmektedir. Bu artıştaki en önemli faktör, çiftlerin konuya daha çok ilgi göstermeleri ve daha fazla sayıda kadının toplumsal şartlar nedeniyle evlenme ve doğurma yaşını geciktirmesidir. Normal ve sağlıklı çiftlerde bir yıl içinde beklenen kümülatif gebelik oranı %93 olup yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir (3,4,11,15,16,17,18). Fekondabilite, bir adet dönemi içerisinde gebelik elde edebilme ihtimalidir ve bu da yaklaşık olarak %20-25'tir. Çiftlerin %90'ının

12 ayda gebe kalması gerektiği düşünölmektedir. Yaklaşık olarak 6 çiftten biri bu sorunla karşılaşmakta ve gebe kalabilmek için bir uzmandan yardım istemektedir. Benzer şekilde yaklaşık olarak kadınların 1/3'ü (%32), kendi üreme yılları boyunca en az bir infertilite olayı deneyimlemektedir (15,18).

Türkiye'de infertilite insidansı %8,5 olarak kabul edildiğinde 1,5 milyon kadın ve dolayısıyla çifte karşılık gelip en az 3 milyon kadar insanımızı direkt etkilemektedir. Bu da çocuk özlemi olan büyük bir nüfus demektir. 1993 nüfus sayımı sonuçlarına göre hiç doğum yapmayıp doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9,5 olarak saptanmaktadır (13,19).

### **4.3. ETYOLOJİSİ**

İnfertilite nedenleri toplumlar ve yaş grupları arasında az çok farklılık gösterse de infertil çiftlerin yaklaşık %25'inde ovulasyon bozuklukları, %20-30' unda tubal problemler, % 40'ında erkek faktörü sorunun nedenidir ve çiftlerin %40'ında birden fazla neden mevcuttur. Diğer yandan %10-15' inde ise herhangi bir neden ortaya konulamamaktadır (20).

#### **4.3.1. Erkeğe Ait Nedenler**

Erkeklerdeki infertilite sorunları yaklaşık tüm vakalarda semen analizindeki anormalliklerle kendini göstermektedir. Erkek infertilitesine ait birçok neden vardır. Erkek infertilitesi bazen obstrüktif azospermi veya hipogonodotropik hipogonadizm gibi belirlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlere bağılyken, bazen de testis atrofi gibi neden belirlense de tedavi olanağı olmayan etkenlere bağıly olabilir (21). Bu nedenleri üç ana başlık altında inceleyebiliriz:

**1) Sperm üretim bozuklukları:** Sperm üretimindeki anormallikler primer testiküler yetmezlik nedeniyle oluşabilir. Primer testiküler yetmezlik, hipogonodotropik hipogonadizm gibi hormonal bir faktöre bağıly olabileceği gibi genetik sorunlardan da kaynaklanabilir. Yetersiz gonodotropin stimölasyonu genetik nedenlerden (izole gonodotropin yetmezliğı), hipotalamik veya hipofiz tümörlerinden kaynaklanan direk veya indirek etkilerden, eksojen androjen kullanımından kaynaklanabilir (22). Genetik nedenler

Kleinfelter Sendromu, Y kromozomu mikrolelesyonu gibi saptanabilir sorunlar olarak görülebilir veya çok gen hastalığı şeklinde karmaşık mekanizmalarla ortaya çıkabilir (23). Primer yetmezliğin bir diğer nedeni yetişkin dönemde geçirilen viral testis enfeksiyonlarına (kabakulak, orşit) bağlıdır. Diğer taraftan kriptorşidizm ve varikosel gibi anatomik sorunlarda primer yetmezliğe yol açabilir. Gonodotoksinlerin de primer yetmezlikten sorumlu olabileceği öne sürülmüştür.

**2) Sperm fonksiyon anomalileri:** Testis kan bariyerindeki sorunlara bağlı olarak özellikle enfeksiyon ve travma sonrası ortaya çıkabilen antisperm antikorlar sperm fonksiyon bozukluklarına yol açabilir. Antisperm antikorların klinik önemi konusunda tartışmalar sürmektedir. Daha çok IgA çeğinde ortaya çıkan antikorlar sperm aglütinasyonuna yol açar. Varikosel ve ya kriptorşidizm, spermler için optimal düzeyde olması gereken testis ısının artmasına bağlı olarak aynı zamanda sperm fonksiyon bozukluklarına neden olabilir. Genital organların inflamasyonu (prostatit), akrozom reaksiyonunun olmaması ve fruktoz eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak sperm penetrasyonunda sorunlar oluşturabilir (24).

**3) Duktal sistemdeki obstrüksiyon:** İatrojenik olarak daha önce yapılan vazektomiden veya konjenital veya kazanılmış epididimis vasa deferans obstrüksiyonundan kaynaklanır. Obstüriktif azospermi olgularında sperm bulma şansı %96 civarında olup infertilite tedavisi yüksek oranda başarılı olmakla beraber, yukarıda anlatılan obstrüktif olmayan azospermi olgularında testis biyopsilerinde sperm bulma şansı %50'yi geçmez (25).

#### **4.3.2. Kadına Ait Nedenler**

Kadınlarda infertilite nedenleri ovulatuvar faktör, tubal ve pelvik faktör, uterin-servikal faktör olarak üç ayrı bölümde incelenir.

**1) Ovulatuvar faktör:** Kadınlarda en sık infertilite nedeni olarak belirlenmiştir. Dünya sağlık örgütü ovulatuvar hastaları endojen östrojen, endojen prolaktin ve endojen gonodotropin düzeylerini göz önüne alarak sınıflamaktadır.



Grup I olgular (hipogonodotropik hipogonadizm) amenorik, endojen östrojen üretimi düşük, endojen FSH düzeyi düşük olan ve progesteron uygulaması sonrası çekilme kanaması olmayan hastalardır.

Grup II olgular ovulasyon kusurları olarak belirlenmiştir. Ovulasyon kusurları arasında polikistik over sendromu (PKOS) ovulatuvar faktörün en sık nedeni olarak karşımıza çıkar. Bozukluk gebeliğe engel olacak şekilde ağır (anovulasyon) veya hafif (oligoovulasyon) olabilir. Anovulasyona bağlı infertilitenin yaklaşık %75'i PKOS ile ilgilidir.

Grup III olgular ise primer over yetmezlikleridir. Primer over yetmezliği olguları premamtüre over yetmezliği, erken menopoza veya yaş faktörü olarak karşımıza çıkar. Kadın yaşı infertilite tedavisinde en temel unsurlardan biridir (20,26,27).

**2) Tubal Ve Pelvik Faktör:** İnfertilitenin ikinci sık nedeni olarak görülür. Fallop tüplerinin obstrüksiyonu enfeksiyon kaynaklı olabilir. Özellikle klamidy enfeksiyonları olmak üzere sık geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık (PID) veya tüberküloz gibi iltihabi hastalıklar tubal tıkanıklıklara, hidrosalpinkse veya tubalarda işlev bozukluklarına yol açabilir. Endokrin bozuklukların tubanın motilitesini etkilediği bilinmektedir. Bunun dışında pelvik faktör olarak düşünülen endometriozis hastalığında tubal adezyonlar nedeniyle fallop tüplerinin fonksiyonları bozulur. Ağır endometriozis tubal tıkanıklıklara yol açabilir. Endometriyosiz sadece fallop tüplerini değil over rezervini ve implantasyonu da negatif yönde etkilemektedir. Salpingiozis isthmica nodoza gibi nadir görülen hastalıklarda tubalarda hasar yaratmaktadır (28,29).

**3) Uterin-Servikal Faktör:** İnfertilitenin görece olarak nadir nedenlerindedir. Uterin anomaliler konjenital malfarmosyonlar, leiomyomlar ve intrauterin adezyonlar fertilitiyi olumsuz etkiler. Özellikle submüköz myomlar fertilitiyi anlamlı derecede etkiler. İntamural ve hatta 5 cm'den büyük subseröz myomların da fertilitiyi etkileyebileceği gösterilmiştir. Endometrial poliplerin de infertiliteye yol açtığı düşünülmektedir. Özellikle 1 cm'den büyük olan endometriyal poliplerin infertilite nedeni olabileceği ileri sürülmektedir. Tüberküloz bağımlı kronik endometrit gibi durumlar implantasyonu olumsuz etkilemek yoluyla infertiliteye yol açmaktadır. Uterin reseptivite anomalileri

hormonal dengesizliklerden de kaynaklanabilir. Luteal faz yetmezliği bu hormonal dengesizliklere örnek oluşturmaktadır (26,28).

Servikal mukus vajinaya dökülen ejakulat içerisindeki spermeleri yakalayarak seminal proteinleri ayırır. Anormal morfolojili spermeleri filtre eder, biyokimyasal olarak hazır hale getirir ve sperm için rezervuar görevi yapar. Bu şekilde spermelerin canlı kalma süresi ve ilişki ile ovulasyon arasındaki süre uzamaktadır. Enfeksiyon veya kronik servisit gibi nedenlerle servikal mukusun özelliğini yitirmesine bağlı olarak infertilite sorunları ortaya çıkabilir. Servikal mukusun PH'ındaki, kalitesindeki veya yoğunluğundaki değişiklikler mukusun anlatılan fizyolojik işlevini engelleyebilir (28).

## **4.4. TANILAMA**

### **4.4.1. İNFERTİL ÇİFTİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye neden olan faktörleri tespit etmek, prognoz hakkında doğru bilgi vermek, araştırma sırasında danışmanlık, destek ve eğitim sağlamak ve değerlendirme sonuçlarına göre tedavi seçeneklerini sunmaktır. İnfertilite değerlendirmesinde ilk adım anamnez ve fizik muayeneden oluşur ve çiftlerin her ikisi birlikte değerlendirilir (30).

#### **4.4.1.1.Kadının Değerlendirilmesi**

Kadının infertilite yönünden değerlendirilmesi basitten karmaşığa ve non-invaziv yöntemlerden invaziv yöntemlere doğru giden komplike bir süreçtir. Bu süreçte;

- Anamnezin (öykü) alınması
- Klinik muayenenin yapılması
- Gerekli tetkiklerin uygulanması esastır.

## **Anamnez**

İnfertilite etyolojisi olabilecek herhangi bir faktörü belirleyebilmek için ayrıntılı anamnez alınması esastır.

- Yaş ve evlilik süresi
- İnfertilite süresi
- Geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, tiroid-surrenal bezi, barsak hastalıkları, psikişik hastalıklar)
- Geçirilen operasyonlar (Özellikle karın ve jinekolojik hastalıklar)
- Kullanılan ilaçlar (Özellikle psikiyatrik ilaçlar hiperprolaktinemiye yol açabilir)
- Siklus anamnezi (Menarj yaşı, adet düzeni (süresi, miktarı, rengi, kaç günde bir adet gördüğü, dismenore öyküsü) )
- Geçirilen jinekolojik hastalıklar (Enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, myom-polip-tümörler)
- Gebelik, doğum ve abortus
- Psikolojik nedenler
- Özellikle jinekoloji ile ilgili olarak kullandığı ilaçlar (Kontraseptif ve diğer hormon preparatları-enjeksiyonlar)
- Şimdiye kadar uygulanan tanı yöntemleri, sonuçları, uygulanan tedaviler
- Cinsel yaşam (İlişki sayısı, ilişki sırasında problem yaşama durumu, vb.)
- Mesleki ve çevresel yaşam
- Aileden gelen genetik hastalıklar (Kistik fibrozis, orak hücre hastalığı)
- Cinsel ilişkiden önce ve sonraki uygulamalar (4,8,19,29).

## **Klinik Muayene**

Genel muayene temel fizik muayene, genitoüriner ve pelvik muayene ve meme muayenesini içerir. İnfertil kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile; konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve myom gibi) ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir. Seksüel kıllanmanın durumu veya hirsutismus olup olmadığının üzerinde durulmalıdır. Gereken olgularda rektal ya da rekto vajinal muayene de yapılır.

## **Tanıya yönelik girişimler**

Anamnez ve muayeneden sonra öngörülen nedene göre gerekli olgularda kesin tanı için diğer tetkik yöntemleri uygulanır (Histerosalpingografi, USG, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi) (8,19) .

## **Laboratuvar incelemeleri**

- Hormonal testler: Folikül stimulan hormon (FSH), Luteinizan hormon (LH), östrodiol (E2), prolaktin, inhibin-B, TSH, T3, T4, total ve serbest testesteron.
- Serolojik testler: HbsAg, Anti Hbs, Anti HCV, Anti HIV, Rubella IgG (ve/veya IgM ), Toxoplazma IgG (ve/veya IgM)
- Hematolojik testler: Kan grubu ve tam kan sayımı (8,31).

### **4.4.1.2. Erkeğin Değerlendirilmesi**

- Anamnez: Hastanın tıbbi öyküsünden yola çıkarak infertilite etiyolojisinde önemli olabilecek risk faktörleri ve davranışlar saptanmaya çalışılır.
- Fizik muayene: Penis muayenesi, testislerin palpasyonu ve büyüklükleri, vazların ve epididimlerin varlığı ve yapısı, varikozel varlığı, vücut yapısı, kıl dağılımı, meme gelişimi gibi sekonder seks karakterleri gözlemlenir.
- Semen analizi
- Ultrasonografi
- Endokrin testler
- Testiküler biyopsi
- Sperm penetrasyon tetkikleri erkek infertilitesinin değerlendirilmesindeki en önemli basamaklardır (8,19,29).

## 4.5. YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ (YÜT)

İnfertil bir çiftin tedavisine başlamadan önce en önemli kural infertilite nedeni veya nedenlerinin doğru bir şekilde ortaya konması, daha sonra da etkin tedavinin seçilip uygun bir süre uygulanmasıdır. İnfertilitede tedavi programı çifte anlatılmalı, tedavi ile gebelik şansının artacağı belirtilmelidir. Bunun yanında infertilite tedavisinin sabır gerektirdiği de hatırlanmalıdır. İnfertilitede uygulanan tedaviler genel olarak yardımcı üreme teknikleri başlığı altında incelenmektedir (12) .

### 4.5.1. YÜT ENDİKASYONLARI

YÜT ilk olarak onarılamaz tubal hasarı olan hastalar için planlanmıştır. Ancak günümüzde infertilitenin hemen her nedeninde kullanılmaya başlanmıştır. Endikasyonlarını sıralamak gerekirse:

- Tubal ve peritoneal faktörler
- Endometriyozis
- Erkek faktörü
- Açıklanamayan infertilite
- Over yetmezliği
- Diğer YÜT endikasyonları (9).

### 4.5.2. GEÇMİŞTE VE GÜNÜMÜZDE KULLANILAN YÜT TEKNİKLERİ

**1-İntrauterin inseminasyon (IUI):** IUI, ovulasyona yakın uterin kaviteye yikanmış spermin enjekte edilmesidir (4). Servikal faktör, açıklanamayan infertilite, minimal endometriyozis, minimal adneksiyal lezyonlar, luteal faz defektleri, sperm konsantrasyonu ya da motilitesindeki anomaliler ve immünolojik infertilitede IUI uygulanabilir (7,32,33).

**2- IVF:** IVF, fallop tüplerinin yokluğu ya da tıkanıklığında, mukus anomalilerinde, açıklanamayan infertilitede, immünolojik infertilite ya da çok düşük sperm sayısı olan erkeklerde kullanılan yaygın bir yaklaşımdır. Ovulasyonu başlatmak için fertilite ilaçları kullanılarak kontrollü hiperstümulasyon ile folikül gelişimi sağlanır. Ultrasonografi ve hormon analizleriyle, foliküler gelişim ve oosit olgunlaşması sık sık izlenmektedir. İzlem genellikle siklusun 5. gününde başlamakta ve ilaçlar bireysel yanıtı göre ayarlanmaktadır. Foliküller matür görüldüğünde, son oosit matürasyonunun uyarılması ve ovulasyon indüksiyonu kontrolü için human koryonik gonodotropin verilmektedir. Oosit toplama işlemi, hCG'den yaklaşık 35 saat sonra yapılmaktadır. Oositler ultrasonografi eşliğinde, genellikle transvajinal yolla toplanmakta ve hazırlanan sperm ile laboratuarda fertilize edilmektedir. Fertilizasyon gerçekleştikten sonra embriyomorula safhasında (4-16 hücre evresi) iken uterus içerisine yerleştirilir. İmplantasyonu arttırmak ve gebeliği erken dönemde desteklemek için, dışarıdan progesteron desteği verilmektedir (4,19,32,33).

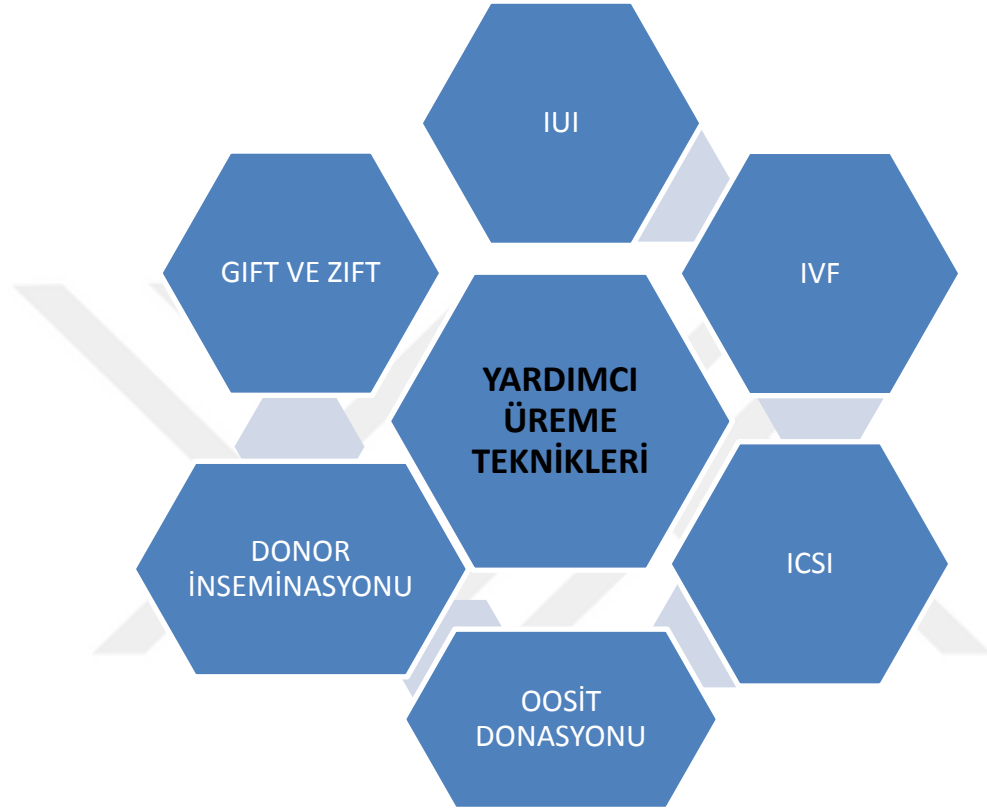
**3- ICSI:** ICSI ilk olarak uygulanmaya başlandığı 1992'den bu yana, endikasyonu olan ciddi erkek infertilitesi dışındaki olgularda da giderek artan bir oranda kullanılmaya başlanmış ve pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizdeki tüp bebek merkezlerinde neredeyse %100 e yakın tercih edilir hale gelmiştir. ICSI, hazırlanmış tek bir spermin direk ovum içerisine, enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir. ICSI yalnızca sperm sayısı çok düşük olgularda değil ayrıca zona pellucida ve vitelin membran seviyesindeki gamet etkileşimi bozukluklarında da kullanılabilir (4,19,32,33,34).

**4- GIFT:** GIFT, seminal sıvının yetersizliği, açıklanamayan infertilite ve endometriyozisin neden olduğu infertilitede etkili bir tedavi olarak önerilmektedir. GIFT, IVF ile ET işlemine benzerdir. GIFT yönteminde temel prensip, kontrollü hiperstümulasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır. Ovulasyon uyarılarak oosit matürasyonu sağlanmaktadır. GIFT, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için uygun değildir (4,19,26, 32,33).

**5- ZIFT:** ZIFT, IVF ile ET işlemine benzerdir. Kadından oositler toplanmakta ve erkeğin spermi ile inkübe edilmektedir. İn vitro şartlarda oluşturulan iki pronükleus aşamasındaki embriyonun tubal alana laparoskopik yerleştirilmesidir. GIFT'teki gibi fallop tüplerine yerleştirilen ovum, implantasyon için doğal şekilde uterusu geçmektedir. Bu

işlem için, kadının en az bir fallop tüpü açık olmalıdır. IVF daha az invaziv ve maliyeti düşük olduğundan, GIFT ve ZIFT daha az kullanılmaktadır (4,26,32,33).

Geçmişte ve günümüzde kullanılan yardımcı üreme teknikleri Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1: YÜT Teknikleri

#### **4.5.3. YÜT TEKNİKLERİ İLE TEDAVİ SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKAN KOMPLİKASYONLAR**

YÜT teknikleri klinik ve cerrahi girişim olarak basit bir işlem gibi görünmesine rağmen tedavi gerektiren ciddi komplikasyonlar geliştirebileceğinden dikkatli yaklaşım ve izlem gerektiren bir süreçtir.

## Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS)

OHSS yardımcı üreme tekniklerinin en önemli komplikasyonlarından biridir, siklusların %0,5-5'inde görülmektedir. Ovülasyon indüksiyonu sonucunda ortaya çıkan birtakım vazoaaktif (sitokinler, angiotensin, vasküler endotelial büyüme faktörü) maddelerin aşırı üretimiyle kapiller permeabilite artar. Renin anjiotensin mekanizmasıyla birlikte damar yatağından interstisyel alana sıvı ve protein kaybına bağlı olarak ödem gelişir. Overlerde aşırı büyüme, hemokonsantrasyon, asit ve plevral efüzyon gelişir. İleri olgular ölümlerle bile sonuçlanabilir (29,30). Bu hastalarda USG ve fizik muayene, kilo takibi, hematokrit, elektrolit ve kreatinin takibi yapılmalı, progresyon varlığı takip edilmelidir. Ciddi OHSS bulgusu olan hastalarda hospitalizasyon düşünülmelidir. Seri klinik ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Bu hastalara sıvı elektrolit tedavisi profilaktik olarak heparin kullanımı (tromboemboli profilaksisi), renal, fonksiyonlarda düzelme izlenmemesi durumunda parasentez uygulanmalıdır (26).

### Klinik Bulgulara Ve Şiddetine Göre OHSS

<b>Hafif</b>	Grade 1: Abdominal distansiyon ve ağrı mevcuttur. Grade 2: Grade 1'deki tabloya ek olarak bulantı, kusma, diyare ve over boyutunda artma (5-12 cm) mevcuttur.
<b>Orta</b>	Grade 3: Grade 2'deki tabloya ek olarak asit bulgusu
<b>Şiddetli</b>	Grade 4: Grade 3'teki tabloya ek olarak asit bulgusu ve /veya hidrotoraks ve solunum sıkıntısı mevcuttur. Grade 5: Grade 4'teki tabloya ek olarak hemokonsantrasyon, koagülasyon bozuklukları ve renal perfüzyonda azalma mevcuttur.

### Kanamama

Kanamama oosit aspirasyonu sırasında en sık karşılaşılan sorundur. Tüm ponksiyonların %1,4-18,4'ünde görülür. İşlem sırasında çoklu iğne girişi oluşturulması ya da vajinal probun uygun olmayan biçimde rotasyonu vajinal mukozanın zedelenmesine yol açarak kanamaya neden olabilmektedir (30).



## **Pelvik Enfeksiyon (PID)**

Vajinal kanamadan sonra görülen diğer bir komplikasyon olup %0,2-0,5 oranında görülür. Enfeksiyon varlığında ateş, karın bölgesinde ağrı, dizüri ve vajinal akıntı görülebilmektedir. (30).

## **Çoğul Gebelik**

Uterin kavite içinde birden fazla fetus içeren gebeliğe çoğul gebelik denir. Yardımcı üreme tekniklerinin son yıllarda daha fazla kullanılması çoğul gebelikleri arttırmıştır. Normal gebelikte çoğul gebelik oranı %1, IVF gebeliklerinde %30 civarındadır (30).

## **4.6. İNFERTİLİTENİN ÇİFTLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

İnfertilite eşler için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren ve karmaşık bir yaşam krizidir (20). İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri vardır. İnfertil kişiler bu durumu ağır bir özür olarak kabul etmekte, yaşadıkları yetersizlik duygusu sonucunda, zamanla çevrelerinden izole olmaktadır. Dolayısıyla infertilite basit bir jinekolojik sendrom olmayıp, özellikle kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça olumsuz etkileyen ve bunun sonucu olarak da sağlık ve yaşam kalitesini düşüren bir durumdur (8,30).

### **4.6.1. İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK DURUMA ETKİSİ**

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığını ve cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini göstermiştir

(32). Günümüzde, beklenmedik biçimde ortaya çıkan, sıklıkla açıklanamayan ve ne kadar süre devam edeceği ön görülemeyen infertilitenin, bir çift için başa çıkma mekanizmalarını zorlayan stresli bir durum yarattığı, sağlık ve bütünlük hissini bozduğu kabul edilmektedir (17).

Kadınların %50'si, erkeklerin %15'i hayatları boyunca yaşadıkları en sıkıntı verici durumun infertilite olduğunu söylemektedir. İnfertil çiftlerin verdiği psikolojik yanıtlar heterojenite sergilemekte ve infertilite değerlendirmesinde hangi aşamada bulunduğu, yaş, gelir düzeyi, tedavi masrafları, uygulanan tanı koyucu test ve tedavi sayısı, çocuk sahibi olmaya atfedilen anlam ve sosyal destek algıları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (17). Kadınlar için infertilite, uzun vadede bir gün anne olacakları hayallerini sorgulamalarına neden olur. Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir (11,32).

Bir kadının kendi kimliği ne kadar fazla anne olması ile tanımlanırsa onun psikolojik üzüntüsünün ve yetersizlik hislerinin miktarı da o kadar fazla olur. İnfertilite ne kadar uzun süre devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hâkim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonlanabilir (18).

Çiftlerin kontrol dışı üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duyguları yaratmaktadır (12).

## **İnfertilite Krizinin Evreleri**

### **İnfertilite Krizinin Evreleri**

- Şok, inanmama ve inkar
- Anksiyete
- Kontrol kaybı
- Yalnızlık ve yabancılaşma
- Suçluluk ve öfke

- Depresyon ve yas
- Gerçekleri kabul etme ve uyum
- Çözümleme (13,19).

Çiftler infertilite olasılığına hazırlıksızdır, sürekli bir gebelik ümidi vardır ve adet döneminde gerginlik ve ümitsizlik yaşarlar. Eşler genellikle sağlıklı olduklarını düşündükleri ve gebe kalmak için problemlerinin olabileceğini düşünmediklerinden infertiliteye çiftin ilk tepkisi şoktur. Şok evresini inkar evresi izler. Bu evrede çiftler, çocuk sahibi olamamanın nedenini yaşadıkları yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçelerle geciktirmeye çalışır. Bir sonraki evre olan anksiyete evresinde infertilite tedavisi gören kadın, bedenini işgal ediliyor veya saldırıya uğruyor gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. Kişilerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde yetersiz ve eksik olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. Eşler tıbbi yardım almaktan utanabilir. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar (4,13,18).

İnfertilite tedavisi sırasında çiftler kontrol kaybı duygusuna kapılabilirler. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Çünkü kişilerin bedenleri ve cinsel yaşamları mercek altına yatırılır. Aylar ilerledikçe IVF sürecinin yarattığı hasar gittikçe artar ve çiftin mücadele kapasitesi ve kaynakları gittikçe azalır. Kadında her ay menstruasyonun başlaması kayıp hissini tetikler. IVF başarısız olursa, çift yavaş yavaş biyolojik yolla çocuk sahibi olamayacakları gerçeğini kavramaya başlar ve acılı süreç yoğunlaşır (13).

İnfertil çiftleri bekleyen sonraki evre öfke evresidir. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları, eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları ya da kötü olayları yeniden gözden geçirmeye yöneltir. Eşler düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir. Soyun sürmesiyle ilgili olarak 'son nesil' olmak bireyde varoluşsal bir kriz yaratabilir (4).

İnfertiliteyle mücadele eden çiftin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluktur. İnfertilite nedeninin kendisinde olduğu belirlenen kadın ya da erkek, diğer eşi çocuk sahibi olmaktan mahrum bıraktığını düşünerek suçluluk hissedebilir (4).

İnfertilitedeki yas süreci Kübler-Ross'un tanımladığı ölümcül bir hastalığın son dönemine yönelik bir yas sürecine benzer ancak, infertilitedeki yasta ölümcül hastalıkta olduğu gibi yaşamı tehdit edici bir durum yoktur, evlilik ilişkisi tehdit altındadır. Ayrıca, infertilite aile bireylerini ölümcül bir hastalıkta olduğu gibi bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine bireyleri birbirinden uzaklaştırır (18).

İnfertil çiftler tedavi başarısız olduğunda, yetersizlik hissi ve vücutları üzerinde kontrol kaybı duygusuyla depresyon yaşayabilirler. Her ay menstruasyonu olan kadın, kendini umutsuzluğa dönüşen umudun hızlı treninde hissedebilir. Uzun süre infertil olan çiftler hayal kırıklığı yaşamamak için, her siklusta çok fazla beklentide bulunmazlar. Çiftler kolayca gebe kalanları kıskanabilirler. Adölesan bir gebeyi 'iş yok ama bebeği var' gibi yargılayabilir ve öfke duyabilir. Sağlıklı çiftler ise gerçekleri kabul edip yaşanan olumsuzluklara uyum göstererek yavaş yavaş çözülme evresine doğru ilerler. Yadsıma yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçilerek tedavi seçenekleri arayıp birbirleriyle ve çevreleriyle tekrar iletişime geçerler (4).

Erkeklerin tedavi sürecine katılımları son derece önemlidir. Tedavi sorumluluğunu dengesiz biçimde aşırı üstlenme eğiliminde olan kadınlarda stres çok şiddetli yaşanmaktadır. Kaçınma davranışına girerek sosyal izolasyon yaşama eğiliminde olmaktadır. Kadınlar için eşlerinin ve çevrenin desteği erkeklere göre çok daha fazla önemlidir (18).

İnfertilitenin emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlüdür. Sıklıkla görülen psikolojik semptomlar anksiyete ve depresyon infertilitenin hem sebebi hem de sonucu olabilmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar ovulasyonu baskılamakta, fallop tüplerine spazma neden olmakta ve spermiumların ilerlemesine engel olarak infertiliteye yol açabilmektedir. Ayrıca emosyonel durumun gebelik oluşumuna etkisi olmadığını bildiren çalışmalar olmasına karşın kadınların tedavi başlangıcındaki yüksek kaygı düzeyi ve depresif semptom şiddetinin gebelik şansını azaltabildiğini gösteren sonuçlar da bulunmaktadır. Diğer taraftan karmaşık ve yıpratıcı tedavi süreci infertil kişilerde psikolojik semptomlarla sonuçlanabilmektedir. Genellikle infertilitenin psikososyal etkileri yaşam kalitesinin bileşenlerini de olumsuz yönde etkiler. En çok etkilenen alanlar mental sağlık, emosyonel davranışlar, çevre psikolojisi, fiziksel ve sosyal fonksiyonlardır (35).

Yapılan birçok çalışmada da infertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir (32).

#### **4.6.2. İNFERTİLİTENİN SOSYAL DURUMA ETKİSİ**

Fertilite problemleri, görünür ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen hem bireyi, hem de toplumu etkileyen sosyal bir durumdur.

İnfertilite tanısı, bireyin kendilik kavramı ve kendilik saygısında olumsuz değişikliklere neden olmaktadır. Aile isminin devamı için sosyal ve ailesel baskılar infertil çiftleri tüketmektedir. Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorlamaları çiftleri, gelecekte de etkileyebilir (36). İnfertilite üzerindeki damgalama fiziksel bir eksiklik ya da kusur olarak değil, grubun kurallarına uymama ya da grubun dışında kalma olarak yorumlanabilir (17).

Türkiye’de evlenerek gittiği hanede saygınlık kazanmak, erkeğin gözüne girmek, analık zevkini tatmak ve soyun devamı için kadının doğurması özellikle geleneksel yapıdaki ailelerde gereklidir. Bu kesimdeki infertil kadınlar horlanmakta, ezilmekte ve aşağılanmaktadır. Çocuğu olmayan kısır kadınların ailede statüleri oldukça zayıf kabul edilmektedir. Kendileri hakarete ve alaya maruz kalmaktadırlar. Gebe kalamayan kadının kocası, kanunen yasak olmasına karşılık özellikle köylerde yaygın olmak üzere karısının üzerine yeni bir kadın getirebilmektedir. Bu duruma halk dilinde “kuma getirme” denmektedir (10).

Birçok bölgede çocuğun olmamasının kadına ait bir sorun olduğuna, hatta doğan çocuğun cinsiyetinin bile kadına bağlı olduğuna inanılmaktadır. Doğum; kadın için toplumda bir suç olarak kabul gören ‘kısır kadın’ damgasından kurtulmanın, toplumda yer edinebilmenin tek yolu olarak görülebilmektedir. Erkek için ise, soyadının devamını

sağlaması ve geleceğe güvenle bakabilmesi açısından önemli bir olay olarak görülebilmektedir (4).

Kadınlar için, istediği zamanda gebe kalmayı başaramamak ve bu durumda kontrolün kendisinde olmadığı hissi hayal kırıcı ve korkutucu olabilir. Bu duygular tekrarlayan tedavi başarısızlığının mutsuzlukları ile giderek artan bir şekilde kızgınlık, gücenme gibi hislerle dolarlar ve kendi olağan destekçilerinden uzaklaşmaya başlarlar. Bu durum uzun süreli arkadaşlıkların bozulmasına yol açabilir. İnfertil bireyler, arkadaş çevresiyle onların doğurganlıklarına olan öfkelerinden dolayı ilişkilerini uzak tutma eğiliminde olabilirler. Ayrıca kişilerin, kendileri ve eşleri, aileleri ve arkadaşları ile olan ilişkileri hakkındaki değişik duygularıyla yüzleşmelerine neden olabilir. Çalışma hayatını sıklıkla etkiler. Zaman önemli bir stres kaynağıdır. Tedavi için gerektiğinde, iş kısıtlamaları infertilite tedavisine engel olabilmektedir. Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmaktadır. İşten izin almak, hem işveren hem de iş arkadaşlarına sıkıntı verebilmektedir. Ailenin paraya ve sosyal güvenlik kapsamına ihtiyacı olduğundan, işi bırakmak çözüm olmayabilir (4,13,18).

Fertilite kabiliyeti nispeten daha düşük ve zor gebe kalabilen subfertil çiftler çok büyük bir baskı altındadırlar ve olayın doğası gereği problemlerinin çok kişisel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duyarlar. Tüm subfertil çiftler arasında yaklaşık olarak %20-25'inin açıklanamayan subfertilite olması gerçeği bu durumu daha da kötüleştirmektedir. Bir açıklamanın olmaması hem çift hem sağlık çalışanları için çok zor bir durum olmaktadır. Böylece çok fazla bebek isteği olan çift yetersizlik hisleri ve suçluluk duygusu ile yıpranırken, aynı zamanda aile, arkadaş ve yakın çevresi tarafından baskıya maruz kalır. Sık sık akrabaları ve iş arkadaşlarından ne zaman çocuk yapmayı düşünüyorsunuz sorusuyla karşılaşılır ve bu tür sorunların yarattığı duygusal travmalara karşı desteksiz kalırlar (11).

### **4.6.3. İNFERTİLİTENİN İLİŞKİSEL DURUMA ETKİSİ**

Cinsellik, cinsel ilişkiye dair davranışları tutumları düşünceleri ve yönelimleri içine alan her ne kadar bazı toplumlarda tek başına olarak algılansa da ekonomik siyasi ve

kültürel boyutlara gönderme yapmaksızın hakkında inceleme yapılması mümkün olmayan bir kavramdır (37).

Hem kadın hem de erkekleri ilgilendiren cinsellik bedensel psikolojik ve sosyokültürel boyutları içermektedir. Bu nedenle cinsel sorunların biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, dinsel, ahlaki ve ekonomik olarak karmaşık boyutları vardır. Cinsellikle ilgili her sorun son derece özel ve önemlidir (38).

İnfertilitenin değerlendirme süreci duygusal olarak rahatsız edici olmakla birlikte, çiftleri cinsel açıdan da rahatsız eden bir durumdur. Örneğin çiftlerin anamnezleri alınırken çiftlere birleşme teknikleri, seksüel istek ve cevaplar, küretajlarının tarihi, birleşme sırasındaki rahatsızlıklar, seks ve üreme konusundaki bilgileri gibi seksüel performansları ile ilgili sorular sorulmaktadır. Böyle sorular çiftler tarafından tehdit edici, rahatsızlık verici ve uygun değilmiş gibi görülebilmektedir. İnfertilite test ve tedavilerinin araya girmesiyle sorunsuz giden bir evlilik ilişkisinde dahi sorunlar oluşabilmektedir. Seksin düzenli ve planlı bir şekilde yapılma gereksinimi sonucu birçok çift, seksi belirli zamanlarda yapılması gereken mekanik bir olay olarak görmeye başlayabilmektedir. Böylece başarı ve başarısızlık seksten zevk almaktan çok, bir çocuk üretmekle ölçülmektedir (4).

Kamacı (2003) çalışmasında çocuk sahibi olamamanın yaklaşık 4 çiftten birinin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bazen bu çiftlerde orgazma ulaşamama, vajinismus gelişebilir ve bu durumlar sorunları daha karmaşık hale getirebilir. Kadınlarda seksüel disfonksiyon, cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazm biçiminde ortaya çıkmakta, bu da doğrudan ve dolaylı olarak hamile kalmayı güçleştirmektedir. Aynı zamanda tedavide kullanılan hormonlar da cinselliği olumsuz etkilemektedir (11). Bir çalışmada infertilite için tetkik edilen erkeklerde değerlendirmeler boyunca erkeklerin %11'inin ciddi anksiyete, erektil disfonksiyon ve anorgasmi yaşadığı bulunmuştur (39). Yine başka bir çalışmada hem tanı hem de tedavi aşamasındaki kadınlarda cinsel arzu, uyarılma, orgazm, ön sevişmeye ayrılan süre, ilişki sıklığında azalma bildirilmiştir (40).

İnfertilite tanısı çiftlerin evlilik yaşantılarında daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirebilir. Bu kriz çiftler için hem bireysel hem de evlilik

ilişkisi açısından başa çıkılması gereken bir durumdur (35). Bu durumda kadın diğer becerilerini görmekte zorlanabilir ve 'biyolojik infertilite sosyal anlamda bir 'yetersizlik' haline dönüşebilir (17). Tedavinin maliyeti, başarı yüzdesi, tedavi sırasında ve sonrasında yaşanan bekleme süreçleri, infertilite süresi, çiftlerin kendi iç dünyalarında yaşadıkları duygular (öfke, suçluluk, umutsuzluk) kişilerin infertilite tedavisinde zorlanmalarına eş ve çevreyle ilişkisinin bozulmasına neden olabilir (41). Toplumsal olarak birincil erişkin rolünün annelik olarak görüldüğü kadın, 'aile çocuk içerir' düşüncesinin ötesine geçmekte zorlanır ve neslin devamını sağlama da başarısız olan çiftler evlilik ilişkilerinde de olumsuzluklar yaşarlar (14).

İnfertilite, aile içinde hayal kırıklığına, suçluluk duygusunun yerleşmesine, eşlerin haksız yere birbirlerini suçlamalarına neden olmakta ve bunun sonucunda da evlilik bağları psikolojik bir baskı altına girmektedir. Sosyal ve ailesel baskı infertil çiftlerin üzerinde psikolojik travma yaratmaktadır. Çalışmalar infertil çiftlerde, evlilik çatışmasında artma, cinsel öz-etkililik ve cinsel ilişki sıklığında azalmada stresle ilişkili olduğunu saptamıştır. İnsanlar infertiliteden dolayı kendilerini yetersiz olarak hissetmektedirler (3,11,17). İnfertilitenin evlilik ilişkisine etkisinin, kişisel başatma yöntemleri, tedaviye katılan eşler arasındaki paylaşım ve iletişime bağlı olarak değişebileceği bildirilmektedir. Dyer ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada tedavi arayışında olan 30 infertil kadınla yaptığı kalitatif çalışmada, infertilitenin evlilik ilişkisini boşanma, ayrılma veya terk etme şeklinde tehdit eden bir problem olduğu vurgulanmaktadır (42).

İnfertil çiftler, genetik devamlılığın kaybı, gebeliğin, benlik saygısının kaybı, bir kadın ya da erkek olarak yetersizlik, kader üzerinde kontrol kaybı ve öz yeterlilik duygusunun azalmasına bağlı olarak kayıp duygusu yaşayabilirler. İnfertilite tedavi ve tanılama süreci de, çiftin evlilik ilişkilerinde kontrol kaybına, ilişkilerinin spontanlığının kaybına ve bazen kariyer ya da yaşamlarında amaçlarını gerçekleştirmede kontrol kaybına da yol açabilir (4,13,11,17,18,19). Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmekte ve bu tepki infertilite nedeninin eşlerden hangisine ait olduğuna bağlı olarak da değişebilmektedir. Özellikle kadının birinci planda cinsel obje ve üretkenlik simgesi olarak algılanma eğiliminin yaygın olduğu toplumlarda, infertilite ailesel, etik ve dini boyutlar kazanarak toplumsal bir olgu haline gelebilmektedir (14).



Sonuç olarak infertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkisini de yıpratıcı bir durumdur. Tedavi sürecinin uzun olması, sürecin ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi, tedavi işlemlerinin çok karmaşık, alışılmadık ve uzun basamaklardan geçmeyi gerektirmesi ve IVF tedavisi sonunda elde edilecek sonucun etkileri nedeniyle infertilite çiftlerin evliliklerini ve sosyal hayatlarını derinden etkilemektedir.

#### **4.7. İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ**

İnfertilite hemşireliği poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan çiftlerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren süreçtir. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır (11).

İnfertilite hemşireliğine yönelik ilk çalışmaların İngiltere Fertilite Hemşireleri Grubu (FNG) tarafından 1980'li yıllarda standart çalışmaların yapılması ile başlamıştır. FNG kuruluş amacında 'hemşireler için en yüksek profesyonel standartları geliştirmeyi hedeflemiştir (18).

##### **FNG Tarafından Standartlar Beş Ana Konuda Belirlenmiştir:**

**1-Profesyonel Gelişim ve Sorumluluklar:** Bu alanda kriterler hemşirenin bakım standartlarını koruması, geliştirmesi, profesyonel gelişimini sürdürmesi ve çalışma ortamında doğal olarak ortaya çıkan farklılıklar karşısında profesyonel yetki sınırları içinde görevini yapması amacıyla geliştirilmiştir.

**2-Güvenli Çevre:** Bu standartta infertil çiftlerin güvenli bir çevrede bakım almaları amaçlanmıştır. Kriterler, enfeksiyon kontrolünden tüm işlemlerin doğru olarak yapılmasının sağlanmasına kadar geniş bir yelpazede geliştirilmiştir.

**3-Bakım:** Bu standartta çiftlerin bireysel gereksinimleri doğrultusunda bakım almaları amaçlanmıştır.

**4-Danışmanlık:** Bilgi verme ve destekleyici danışmanlık şeklindedir.

Bilgi verme; hemşire, çiftlerin infertilite ve onunla ilgili bilgiyi almasını ve anlamasını amaçlar. Destekleyici danışmanlık; bu alanda, özellikle tedavinin uzadığı ya da başarısız olduğu durumlarda çiftlerin, anksiyetelerini paylaşmak için fırsat verildiğini ve hemşire ya da yönlendirilen danışman tarafından desteklendiklerini hissetmelerini sağlayacak kriterler geliştirilmiştir.

**5-Etik Konular:** Bu standartta bir araştırma projesine girecek olan çiftin, araştırma ile ilgili bilgiyi tam olarak almış ve anlamış olmalarının sağlanması amaçlanmıştır. Bu alanda kriterler, araştırma projesine girecek olan çiftlerin proje hakkında tamamen bilgilendiğini ve araştırmanın ne için yapıldığını, nasıl uygulanacağını ve araştırmaya katılımının zorunlu olmadığını anlayacak şekilde geliştirilmiştir (18).

#### 4.7.1. İNFERTİLİTE HEMŞİRESİNİN ROLLERİ

İnfertilite tedavisindeki bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak infertilite hemşirelerinin ekip içindeki sorumluluğu artmış ve bu durum geleneksel roller dışında yeni rollerin tanımlanmasına neden olmuştur.

**Tıbbi Bakım Rolü:** Hemşireler bu rolleri ile çiftlerin gereksinimlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşarak, bakım uygulamalarına karar verir, planlayıp uygular ve bakımın sonucunu değerlendirir. Yardımcı üreme teknikleri aşamalarında çiftlerin yanında bulunmak, hekimi asiste etmek ve ovum aspirasyonu, embriyo transferi gibi işlemler için hastanın hazırlığı, işlem sonrası izlem uygulamaları hemşirenin tıbbi bakımdaki görevlerindedir (43,44).

**Yönetici Rolü:** Sağlık hizmeti sunulan alanlarda ve sağlık eğitimi verilen kurumlarda hemşire yönetici rollerini sergiler ve gerçekleştirir (44).

**Koordinatör Rolü:** Hemşire, hasta, doktor, laborant ve ameliyathane ekibinin doğru yerde ve doğru zamanda olmasını sağlar. Bu işlevleri sırasında profesyonel otorite, sorumluluk, saygınlık ve en önemlisi ekibin diğer üyeleri ile uyum halinde çalışmayı da içerecek şekilde modern hemşire pratiğine sahip olmalıdır. Onun bütün bu işlevleri

dengelemedeki yeteneği multidisipliner ekipteki yerini, sorumluluğunu ve saygınlığını gittikçe arttıracak bu durum infertil çiftlerce de kabul görecektir (8,14,43,44).

**Rehberlik Rolü:** Hemşire infertil çiftlerin tanı ve tedavi süreci içinde ileride kendilerini nelerin bekleyeceğini anlamalarını sağlamalı ve bu konuda rehberlik etmelidir. A.B.D'de infertil çiftlere yardım amacı ile kurulan hayırsever kuruluşlar vardır. Bersolve adlı kuruluş; iki ayda bir çıkan dergi, telefon danışma servisi ve diğer yayın servisler ile infertil çiftlere rehberlik etmektedir (8,14).

**Psikolojik Destek Olma Rolü:** İnfertil çiftlerin birbirinden farklı ihtiyaç ve destek gereksinimleri vardır. Tedaviye başlarken bilgi gereksinimi, danışman ihtiyacı, işlemler sırasında yanında bulunmasını istediği bir bireye ve desteğe dönüşecektir. Hemşire; stres, korku, heyecan yaşayan çiftlerin psikolojik rahatlığını sağlamak ve süreci en rahat ve stressiz bir şekilde geçirmelerini sağlamak durumundadır. Hastanın duygularını açıklayabileceği ortam sağlamalıdır. Sağlanan bu emosyonel ortam ile infertilitenin neden olduğu duyguların yeterince çözümlenmesi ve başa çıkması sağlanacaktır (8,14,44).

**Araştırmacı Rolü:** Yardımcı üreme teknikleri uygulamalarındaki değişmeler ve gelişmelerle birlikte hemşirelere yeni ve önemli sorumluluklar düşmektedir. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili sorularını cevaplayabilmek ve kendini koruyabilmek için hemşire ilgili literatürü okumalı ve araştırmalıdır. Bunun yanında yeni gelişmeleri hemşireliğe en doğru bir biçimde yansıtabilmek için içinde bulunduğu çalışmalara yönelik araştırmalar yapmalı ve sonuçlarını kullanıma sunabilmelidir (8,44).

**Danışmanlık Rolü:** Danışmanlık bilimsel, güncel ve teknik bilgilerin sunulması, kişilerin sorularının deneyimlerinin ve kaygılarının tartışılıp karşılıklı aktarımların olduğu, birbiri ile bağlantılı tekniklerin kullanılarak tüm birey ve ailelerin üreme sağlığı konusunda doğru bilgiye dayalı bilinçli ve gönüllü bir seçim yapmalarını sağlayan bir hizmet türüdür. Danışmanlık üreme sağlığı hizmetlerinin niteliğini olumlu yönde geliştirecek kilit konumunda önemli bir hizmettir (5,11,12).

İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü kapsamında bilgi verme ve destekleyici danışmanlık yer alır.

**Bilgi Verme:** Bilgilendirme, infertiliteye veya herhangi bir konuda bireye ya da çifte ihtiyacı olan bilgiyi vermektir. Anlaşıldığından emin olmak ve farkındalık yaratmaktır. Böylece hemşire infertilite ile ilgili tedaviler hakkında bireyin/çiftin anlaşılır bilgi almasını sağlar. Bunun için hemşireler, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar. Ayrıca bakım verdiği grubun genel özelliğini bilmelidirler. Bu durum bireysel bakımı planlamada hemşireye kolaylık sağlayacaktır.

**Destekleyici Danışmanlık:** İnfertilite hemşiresi infertilite tanısından tedavi sonrası aşamaya, gebelik ve çocuk sahibi oluncaya kadar ki süreçte duygusal ve psikolojik destek sağlar. Başka bir deyişle infertilite hemşiresi çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve tedaviden sonra duygusal olarak destekler. Bu destek özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında, gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonucunda gebelik oluşmadığında ya da çoğul gebelik oluştuğunda gerekli olmaktadır. İnfertilite hemşiresi gebelik oluşmadığında bireye/çifte olası alternatifler hakkında tavsiyelerde bulunabilmelidir (32).

**Hasta Hakları Savunucusu Rolü:** Hemşirenin infertilite tedavi sürecinde hasta ile hekim arasında işbirliği oluşturmayı sağladığı ve hasta haklarına uygun tutum ve davranış sergilediği rolüdür. Hastayı işlemler, riskleri ve etkileri hakkında bilgilendirerek, tedavisi hakkında bilinçli karar almasını sağlar ve bu kararında bireyi destekler (8,14). İnfertilite hemşiresinin ekip üyelerine çiftin tedavi sürecinden geri kalmasına sebep olabilecek duygusal durumlar hakkında ilave bilgi vermesine imkan verir (14,18).

İnfertilite hemşiresi; bireylerin sağlık eğitimcisi ve danışmanı, hasta hakları savunucusu, hasta ve ekip arasında koordinatör ve araştırmacı görevlerini üstlenen önemli bir ekip üyesidir. Bireylerin duygusal gereksinimlerinin belirlenmesinde, sürekli her aşama hakkında bilgi verilmesinde, kararlara katılımın sağlanmasında ve bütçe stratejilerinin geliştirmesinde hemşirenin danışmanlık hizmeti ön plana çıkmaktadır (12).

## 4.8. YAŞAM KALİTESİ

### 4.8.1. TARİHÇESİ VE TANIMI

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesi; Antik ve ortaçağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır. Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike (1939), sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (13,45).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur ve bu nedenle sübjektif bir kavramdır (46).

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve sübjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Sübjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam duyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır. Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumudur. Sübjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise sübjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle Mc Call ve Compell, yaşam kalitesinin hem sübjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (45).

Kavram, 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. 1970'li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutu ile gündeme getirilmiştir. 1970'lerden sonra tıp alanına, 1980'lerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir (47).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi, bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren altı alan bulunmaktadır (13).

Ayrıca Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi yaşam kalitesini bireyin yaşamındaki önemli fırsatlardan olanaklardan zevk alma derecesi ve yaşamdaki temel psikolojik ihtiyaçların karşılanma düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bireylerin yaşamlarının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçlarını ise yaşam kalitesi ile ilişkilendirerek üç başlık altında irdelemektedir. Var olmak, Ait olmak ve Olmak (43).

**Var olmak:** Bireyin insan olması ile ilişkilidir. Fiziksel var olmak, Psikolojik var olmak, Manevi var olmak.

**Ait olmak:** Bireyin çevresi ile etkileşimini ve uyumunu içerir. Fiziksel ait olmak, Sosyal ait olmak, Toplumsal ait olmak.

**Olmak\Gerçekleştirmek:** Bireysel amaçlar, umutlar ve isteklerle ilgilidir. Olmak\gerçekleştirmek bir amaç doğrultusunda faaliyette bulunmayı gerektirir. Uygulamayı gerçekleştirmek, Boş zamanı gerçekleştirmek, Gelişmeyi gerçekleştirmek (43).

## **4.8.2. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR**

**A. Sağlık durumu, sağlık algılaması:** Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı

çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (8,45,48).

**B. İşlevsel durum:** Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (8,45,48).

**C. Ruhsal durum:** Ruhsal durum, uzun ve kısa süreli streslere (örneğin; sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıtıdır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır. Uzun ve kısa süreli streslere (örneğin; sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıtıdır (8,45,48).

**D. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK):** SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin; hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (45,46,48).

### 4.8.3. SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramını ilk defa kullanan JR Ekinton'dur (13).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" kavramına ilk kez DSÖ Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde

rastlanmıştır. DSÖ, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (46,49). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Hastalıklar ve hastalıkların tedavisi ile etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır. Kısacası, yaşam kalitesi kavramı içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (8,13,46,47).

## **4.9. FERTIQOL ÖLÇEĞİ**

### **4.9.1. ÖLÇEĞİN TANIMI**

Yaşam kalitesi kişinin yaşamının kültürel, duygusal, sosyal ve çevresel içerikteki mükemmelliğinin subjektif tanımıdır ve etkilenimin belirlenmesi zordur. Bu nedenle fertilité sorunları ile uğraşan kişilerin yaşam kalitesini ölçmek için uluslararası ve disiplinlerarası bir yaklaşım oluşturularak dünyanın her yerinden farklı kültürel yapıya sahip kadın ve erkeklerden oluşmuş hedef gruplar belirlenmiş ve uzman fikirleri ile birleştirilerek önceden tanımlanmış ve test edilmiş bir ölçek meydana getirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda farklı kültürlerdeki kadın ve erkeklerin hayat kalitesinin belirlenmesinde kullanılan duyarlı ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak FertiQol ölçeği ortaya çıkmıştır (50).



FertiQol fertilité problemlerini değişik hayat alanlarında ölçen bir sistemdir. Örneğin; kendine güven, kişisel saygı, duygular, genel sağlık, birliktelik, aile ve sosyal ilişkiler, çalışma hayatı ve gelecek planları bunun içinde yer almaktadır. Ölçek epidemiyolojik çalışmalar, kültürler arası çalışmalar, klinik çalışmalar ve bütün bunların sonucunda da infertilite ve tedavilerine yönelik risk faktörlerini ortaya çıkarmayı hedeflemektedir (50).

#### 4.9.2. ÖLÇEĞİN GELİŞTİRİLME SÜRECİ

Ölçek geliştirme çalışmalarında 8 ülkeden ve farklı uzmanlık alanlarına sahip 35 uzman (araştırmacılar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, hasta bazlı çalışan kişiler, jinekologlar ve hemşireler) fertilité problemleri ile birlikte ortaya çıkan 300 başlık belirlemiş, bu sayı daha sonra birçok kez tartışılarak 116 başlığa indirilmiştir. Uzmanlar tarafından belirlenen bu başlıklar farklı ülkelerden toplanan hedef gruplara uygulanmış bu sırada uzmanlar tarafından belirlenemeyen özel alanlar ve özel durumların ortaya çıkması da sağlanmıştır.

Hedef gruplar tarafından ifade edilen konular frekans dağılımlarına göre incelenmiş, gruplar sayesinde belirlenmeyen yeni durumlar ortaya çıkmış ve katılanların %50'sinden daha fazlası bir konu üzerinde duruyorsa o konu başlıklar arasına eklenmiştir. İlk fertiQol anketi 4 ana ve 9 alt başlık halinde 102 sorudan oluşmaktadır.

Ana başlıklar; genel, kişisel, kişilerarası ve sağlık boyutlarından oluşmaktadır.

Alt başlıklar; etki, fizyoloji, fiziksel, inanç, değer yargıları, eşler arası ilişki, sosyal iletişim, mesleki durum ve medikal, psikolojik eğitimden oluşmuştur.

Amerika, İngiltere, Kanada, Fransa, İtalya, İspanya, Yunanistan, Almanya, Hollanda ve İsveç'te ölçeğin yeterliliği sınanmıştır. İngilizceden hedef dillere çevirme, tecrübeli çevirmenler tarafından yapıp son olarak her ülkenin ana klinik araştırmacısı tarafından son kontrolü yapılmıştır.

FertiQol ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliğinin ölçümü için yapılan ilk anket, 5 ayrı ülkenin fertilité kliniklerine devam eden 400 kişiye bire bir ve 1000 kişiye ise online olmak

üzere 1400 kişiye uygulanmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda şu anki son hali oluşturularak 26 dile çevrilmiştir.

FertiQol 34 madde ve fiziksel sağlık ve hayat kalitesi genel tatminini ölçen iki sorudan oluşmaktadır. Ölçek çekirdek ve tedavi modülü olmak üzere iki ana modülden oluşmaktadır. Çekirdek modülde kişisel yaşam kalitesi ve kişiler arası yaşam kalitesi olmak üzere iki bölüm yer almaktadır. Ölçeğin ikinci ana modülü olan isteğe bağlı yaşam kalitesi tedavisi bölümü, tedavi boyunca yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (50,51,52,53,54).

### **4.9.3. İLGİLİ POPÜLASYON**

Kendinde fertilite problemi olduğunu düşünen herkes FertiQol ölçeğini kullanabilir. Resmi olarak eşi olmayanlar evlilik ilişkisi ile ilgili bölümü boş bırakabilir. FertiQol tedavi bölümü fertilite medikal tedavi kullanan kişilere uygulanabilir. Bunun içine her türlü medikal konsültasyon ve girişim dahildir (50,51,52,53)

## **5. MATERYAL VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ**

Sunulan araştırma, infertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin yaşam kalitelerine etkisini inceleyerek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık çalışanlarının tedavi alan çiftleri sadece üreme problemleri ile değil, etkilenen diğer yaşam alanlarını da göz önünde bulunduran bütüncül bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla planlanmış olup, ilişkisel tarama modeline dayalı, tanımlayıcı bir çalışmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma, Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'nde etik kurul onayı alınmasını takiben başlatılmış ve veriler 01.10.2013- 31.01.2014 tarihleri arasındaki dört aylık bir süreçte toplanmıştır. Verilerin analizi ve yazımı 02.2014-05.2014 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı ünite 2011 yılından itibaren, infertil çiftlere ayaktan hasta bakım hizmeti verilmektedir. Merkezde; poliklinik kayıt bölümü, ultrasonografi (USG) odası, IVF ameliyathanesi, sperm verme odası, bir embriyoloji, bir androloji laboratuvarı, bir sperm ve embriyo dondurma odası bulunmaktadır. Ünite 2014 yılında iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, iki hemşire, bir embriyolog, iki biyolog, bir hasta koordinatörü, bir yardımcı sağlık personeli ve bir klinik sekreteri tam zamanlı görev yapmaktadır.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi'nde infertilite tedavisi alan kadınlar oluşturmuştur.

Örneklem grubunu, belirtilen tarihlerde birime başvuran kadınlardan araştırma kapsamına alınma kriterlerine sahip olan ve çalışmayı kabul edenler (n=90) oluşturmuştur. Örneklem; tesadüfi örnekleme yoluyla random olarak belirlenmiştir. Ulaşılan 90 kişinin verileri üzerinden örneklemin bilimsel bir araştırma için yeterliliğini sınamak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Barklet testi uygulanmış, elde edilen değer (.91) örneklemin sayısının istatistiksel analiz için yeterli olduğunu göstermiştir.

#### **5.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINMA KRİTERLERİ**

Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi'ne başvuran, kesin infertilite tanısı almış, IVF tedavisinin embriyo transferi yapıldıktan sonraki aşamasında olan, en az ilkokul mezunu, evli, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **5.5. ARAŞTIRMA ETİĞİ**

- 1) İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan araştırmanın uygulanması için gerekli yazılı yasal izin alınmıştır.
- 2) İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından çalışmanın yapılacağı Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Başhekimliği'ne izin talebi yazısı yazılmıştır (Ek-1).
- 3) Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek- 2).
- 4) Araştırmaya katılan gönüllü kişilerden bilgilendirilmiş yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek-3).

#### **5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Verilerin toplanmasında Tanılama Formu (Ek-4) ve FertiQol ölçeği (Ek-5) kullanılmıştır.

### 5.6.1. TANILAMA FORMU

Araştırmacı tarafından literatüre (3,4,8,12,13,14,17,18,30,31,36,44,58,59,60,61) ve klinik deneyimlere dayalı olarak hazırlanan tanılama formunda; kadınların sosyo-demografik özellikleri, evlilik- doğurganlık ve üreme sağlığı ile ilgili özellikleri, infertilite ve tedavisi ile ilgili özelliklerini içeren üç alt başlık ve 19 soru bulunmaktadır (Ek-4). Oluşturulan tanılama formu araştırma öncesi 20 kişilik kadın grubuna uygulanarak işlerliği ve anlaşılabilirliği test edilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### 5.6.2. FERTİQOL ÖLÇEĞİ

Ölçek Jacky Boivin, Janet Takefmann, Andrea Bravermann ve European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Amerikan Society for Reproductive Medicine (ASRM) ve Merck Serono-SA tarafından geliştirilmiş, Ertüzün tarafından Türkçeye uyarlanarak dilsel eşdeğerliliği (Cronbach alfa .62-.85. Duygusal alt boyut  $\alpha = .85$ ; zihin-beden  $\alpha = .83$ ; ilişkisel alt boyut  $\alpha = .75$ ; sosyal alt boyut  $\alpha = .62$ ; tedavi çevresi alt boyutu  $\alpha = .77$ ; tedavi tolerasyonu  $\alpha = .64$ ) sağlanmıştır.

FertiQol 34 madde ve fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi genel tatminini ölçen iki sorudan oluşmaktadır. Ölçek çekirdek ve tedavi modülü olmak üzere iki ana modülden oluşmaktadır (Ek-5 ).

Çekirdek modülde kişisel yaşam kalitesi ve kişiler arası yaşam kalitesi olmak üzere iki bölüm yer almaktadır.

Kişisel yaşam kalitesi bölümü; duygusal (6 madde) ve zihin-beden (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup, toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Duygusal alt boyut hastanın genel olarak kısırlıkla ilgili olan olumsuz duygularının belirtilerini ne ölçüde yaşadıklarını ölçer (Örneğin; ‘Kısırlık sorununuz kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize neden oluyor mu?’). Zihin-beden alt boyutu kısırlık yüzünden hastanın olumsuz fiziksel belirtileri ve bilişsel veya davranışsal bozulmaları ne ölçüde yaşadığını ölçer (Örneğin; ‘Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?’).

Kişiler arası yaşam kalitesi bölümü; ilişkisel (6 madde) ve sosyal (6 madde) olmak üzere iki alt boyuta sahip olup toplam 12 madden oluşmaktadır. İlişkisel alt boyut kısırlıktan dolayı hastanın ailevi ilişkisinin veya birlikteliğinin ne ölçüde etkilendiğini ölçer

(Örneğin; “Doğurganlık sorunlarınıza rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?”). Sosyal alt boyut ise kısırlık yüzünden etkilenen sosyal etkileşimlerin ne ölçüde olduğunu değerlendirir ( Örneğin; “Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?”).

Ölçeğin ikinci ana modülü olan isteğe bağlı yaşam kalitesi tedavisi bölümü, tedavi boyunca yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilmiş olup, tedavi çevresi (6 madde) ve tedavi tolerasyonu (4 madde) olmak üzere iki alt boyut ve toplam 10 soruyu içermektedir. Ölçek sorularının alt boyutlara göre dağılımı Tablo 5.1 de verilmiştir.

**Tablo 5.1. Ölçek Maddelerinin Ölçek Alt Boyutlarına Göre Dağılımı**

Madde	Çekirdek Modül				Tedavi Modülü	
	Duygusal	Zihin/Beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi Çevresi	Tedavi Tolerasyonu
Q4R	Q1	Q6	Q5	T2R	T1	
Q7	Q2	Q11R	Q10	T5R	T3	
Q8	Q3	Q15R	Q13	T7	T4	
Q9	Q12	Q19	Q14R	T8	T6	
Q16	Q18	Q20	Q17	T9		
Q23	Q24	Q21R	Q22	T10		

Her bir soru 0- 4 arasında puanlanmakta olup, yüksek puanlar yüksek yaşam kalitesini göstermektedir. Ancak bazı sorular ters puanlanmaktadır. Bu sorular tabloda R harfi ile gösterilmiştir.

## 5.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, araştırmacı tarafından onam formu (Ek-3) okutulup imzalatılmıştır. Katılımcılara sessiz ve sakin bir ortam sağlandıktan sonra, veri toplama formları verilerek maksimum otuz dakikalık sürede doldurmaları istenmiştir. Sürecin tamamı araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

## 5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çözümler SPSS 17.0 Paket programından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla veriler kullanılabilirlik denetiminden geçirildikten sonra bilgisayara aktarılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 5.2.'de verilmiştir.

**Tablo 5.2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler, Değerlendirilen Parametreler**

Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler, Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan İstatistiksel Analizler
Kişisel Özellikler	Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, n, yüzde
Ölçek ortalama puanları	Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum
Ölçek puan ortalamalarının kişisel değişkenlere göre karşılaştırılması	Pearson korelasyon analizi İlişkisiz grup t testi Levene's homojenlik testi

Verilerin anlamlılıkları  $p < 0.01$  ve  $p < 0.05$  düzeyinde tek yönlü sınanmıştır.

## 5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, verilerin toplanacağı Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Tüp Bebek Ünitesi ile sınırlı olduğundan ülkemizdeki infertile kadın popülasyonuna genellenememesi,

Çalışmanın tek merkezli ve özel bir hastanede yapılmış olması ve kamu hastanelerini içermemesi nedeniyle sosyokültürel farklılıkları ortaya çıkarmada yetersiz olması.

## 5.10. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. İnfertilite tedavisi kadınların yaşam kalitesini etkiler mi?

2. İnfertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların sosyo-demografik değişkenlerine göre farklılık gösterir mi?
3. İnfertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların evlilik, doğurganlık ve üreme sağlığı ile ilgili özelliklerine göre farklılık gösterir mi?
4. İnfertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların infertilite geçmişı ve yapılan tedavi ile ilgili özelliklerine göre farklılık gösterir mi?





## 6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yer almaktadır. Elde edilen veriler beş ana başlıkta incelenmiştir. Bunlar;

- 1-Sosyo-demografik özellikler
- 2- Evlilik, doğurganlık ve üreme sağlığı ile ilgili özellikler
- 3-İnfertilite ve tedavi geçmişi ile ilgili özellikler
- 4- FertiQol hayat kalitesi ölçeğine ilişkin bulgular
- 5- FertiQol ölçeği ile seçilen bazı özelliklerin karşılaştırılmasına yönelik bulgular.

### 6.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Katılımcıların yaş ortalamasının  $33.96\pm 5,38$  olduğu, % 24,5'inin temel eğitim aldığı, %42,2'sinin üniversite mezunu olduğu, % 65,6'sının şehirde yaşadığı, % 58,9'unun çalıştığı, % 88,9'unun çekirdek aile yapısında olduğu, %54,4'ünün 3000 TL ve altında aylık gelire sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 6.1.1'de verilmiştir.

**Tablo 6.1.1. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımları**

		<i>n</i>	%
<b>Doğum Yeri</b>	Şehir	41	45,6
	Diğer	49	54,4
	Toplam	90	100,0
<b>Yaşam Yeri</b>	Şehir	59	65,6
	Diğer	31	34,4
	Toplam	90	100,0
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışmıyor	37	41,1
	Çalışıyor	53	58,9
	Toplam	90	100,0
<b>Aile Biçimi</b>	Çekirdek	80	88,9
	Geniş aile	10	11,1
	Toplam	90	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>	Temel eğitim	22	24,5
	Lise	22	24,5
	Üniversite	38	42,2
	Lisansüstü	8	8,8
	Toplam	90	100,0
<b>Gelir Durumu</b>	0-1000	11	12,2
	1000-2000	18	20,0
	2000-3000	20	22,2
	3000+	41	45,6
	<b>Toplam</b>	90	100,0

## 6.2. EVLİLİK, DOĞURGANLIK VE ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan kadınların %77,8'sinin tanışarak evlendiği, %56,7'sinin 6 yıl ve üzeri süredir evli olduğu, %65,6'sının evliliğin ilk 2 yılı içinde çocuk sahibi olmak istediği saptanmıştır. Olguların evlilik değişkenine ilişkin özellikleri Tablo 6.2.1. de verilmiştir.

**Tablo 6.2.1. Evlilik Değişkenine Göre Dağılımları**

		<i>n</i>	%
<b>Evlilik Yılı</b>	1-5 yıl	39	43,3
	6 ve üzeri	51	56,7
	Toplam	90	100,0
<b>Evlilik Biçimi</b>	Görücü usulü	20	22,2
	Tanışarak	70	77,8
	Toplam	90	100,0
<b>Çocuk İsteme Süresi</b>	İlk 2 yıl içinde	59	65,6
	2 yıldan sonra	31	34,4
	Toplam	90	100,0

Katılımcıların % 37,8'i daha önce gebe kaldığını ifade ederken sadece %17,8'i yaşayan çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Olguların çocuk sahibi olma isteği öncesi korunma yöntemi kullanma durumları incelendiğinde; % 62,2'sinin daha önce bir yöntemle korunduğu, kullanılan korunma yöntemleri arasında ilk sırada oral kontraseptif (%30) olduğu ve bunu %28 ile geri çekme yönteminin izlediği görülmüştür. Kadınların % 27,8'i kendisinin % 32,2'si eşinin daha önce bir üreme sağlığı problemi yaşadığını ifade etmiştir. Olguların Doğurganlık Ve Üreme Sağlığı İle İlgili Özellikleri Tablo 6.2.2 de verilmiştir.

**Tablo 6.2.2. Doğurganlık Ve Üreme Sağlığı Özelliklerine Göre Dağılımları**

		<i>n</i>	%
<b>Daha önce gebe kalma durumu</b>	Evet	34	37,8
	Hayır	56	62,2
	Toplam	90	100,0
<b>Yaşayan Çocuk</b>	Evet	16	17,8
	Hayır	74	82,2
	Toplam	90	100,0
<b>Geçmişte Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu</b>	Evet	56	62,2
	Hayır	34	37,8
	Toplam	90	100,0
<b>Korunma Şekli</b>	Hap	27	30,0
	Eşim korundu	25	27,8
	Diğer	4	4,4
	Toplam	52	58,9
<b>Eşte Üreme Sorunu</b>	Evet	29	32,2
	Hayır	61	67,8
	Toplam	90	100,0
<b>Kendinde Üreme Sorunu</b>	Evet	25	27,8
	Hayır	65	72,2
	Toplam	90	100,0

### 6.3. İNFERTİLİTE VE TEDAVİ GEÇMİŞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan kadınların %57,8'inin 1-3 yıldır gebe kalamadığı, %76,7'sinin daha önce infertilite tedavisi gördüğü, tedavi görenlerin %60'ının 2 yıldan az süredir tedavi gördükleri saptanmıştır. Daha önce tedavi gördüğünü ifade eden kadınlar sıklıkla (%30) tüp bebek ve aşılama yöntemi (%27,8) kullandıklarını belirtmiştir. Olguların %51,1'i tedavi masraflarını eş ile ortak karşıladığını, % 61,1'i tedavi sürecinde kurum/hekim değişikliği yaptığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %77,8'inin gebe kalamama nedenini bildiği saptanmıştır. Gebe kalamama nedenini bilenlerin sıklıkla kadın faktörü (%34,4) ve nedeni bilinmeyen sebeplerden (%28,9) gebe kalamadığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar bu soruya birden fazla yanıt vermişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların infertilite ve tedavi geçmişi özellikleri Tablo 6.3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 6.3.1. İnfertilite Ve Tedavi Geçmişi İle İlgili Özelliklere Göre Dağılımları**

		<i>n</i>	%
<b>Gebe kalamama süresi</b>	1-3 yıl	52	57,8
	4 ve üzeri yıl	38	42,2
	Toplam	90	100,0
<b>Tüp Bebek Deneme Sayısı</b>	1	44	48,9
	2	16	17,8
	3	16	17,8
	4 ve üstü	14	15,6
	Toplam	90	100,0
<b>Tedavi süresi</b>	0-2 yıl	54	60,0
	3 yıl ve üzeri	36	40,0
	Toplam	90	100,0
<b>Daha Önce Tedavi Alma Durumu</b>	Tedavi Almayan	21	23,3
	Aşılama	25	27,8
	Tüp bebek	27	30,0
	Tüp bebek + aşılama	15	16,7
	Tüplerle ilgili operasyon	1	1,1
	Hormon tedavisi	1	1,1
	Toplam	90	100,0
<b>Hekim Değişikliği</b>	Evet	55	61,1
	Hayır	35	38,9
	Toplam	90	100,0
<b>Gebe Kalamama Nedenini Bilme</b>	Evet	70	77,8
	Hayır	20	22,2

	Toplam	90	100,0
	Kadın faktörü	31	34,4
	Erkek faktörü	22	24,4
<b>İfade Edilen Nedenler</b>	Psikolojik faktör	11	12,2
*(Birden fazla yanıt verilmiştir)	Nedeni Bilinmeyen	26	28,9
	Toplam	90	100,0

Araştırmaya katılan kadınların tedavide en çok zorlandıkları durumlar sorgulandığında; %26,7'si herhangi bir zorlanma yaşamadığını ifade etmiştir. Zorlandığını belirten kadınların en fazla yumurta toplama işleminde zorlandıkları (%21,1), bunu evde iğne yapma (%13,3), tedavi için çok sık hastaneye gelme (%12,2) ve ultrasonografi işleminin (%10) izlediği saptanmıştır (Tablo 6.3.2.).

**Tablo 6.3.2. Tedavide En Çok Zorlanılan Duruma Göre Dağılımları**

	<i>n</i>	%	
<b>En Çok Zorlanılan Durum</b>	Yanıt yok	2	2,2
	Tedavi için çok sık hastaneye gelirken	11	12,2
	Kan verirken	4	4,4
	Ultrasonografi yapılırken	9	10,0
	Evde iğne yaparken	12	13,3
	Planlanan zamanlarda cinsel ilişkide bulunurken	4	4,4
	Yumurta toplanırken	19	21,1
	Embriyo transferi yapılırken	4	4,4
	Herhangi bir sıkıntı olmadı	24	26,7
	Diğer	1	1,1
	Toplam	90	100,0

Olguların %51,1'i çocuk sahibi olamama nedeniyle baskı hissi hissettiğini ifade etmiştir. Hissedilen baskının kaynağı sorgulandığında; kadınların çoğunluğu (%23,3) bu baskıyı kendilerinden hissettiklerini, bunu (%10) ile eşin ailesinden kaynaklı baskının izlediği saptanmıştır (Tablo 6.3.3).



**Tablo 6.3.3. Çocuk Sahibi Olamama Nedeniyle Baskı Hissetme Durumuna Göre Dağılımları**

		<i>n</i>	%
<b>Baskı hissetme</b>	Evet	46	51,1
	Hayır	44	48,9
	Toplam	90	100,0
<b>Baskıyı kimden hissediyor</b>	Baskı Yok	44	48,9
	Kendimden	21	23,3
	Eşimden	2	2,2
	Kendi ailem	2	2,2
	Eşimin ailesi	9	10,0
	Arkadaşlarım	2	2,2
	İşyerimden	1	1,1
	Diğer	9	10,0
	Toplam	90	100,0

#### **6.4. FERTİQOL ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR**

FertiQol hayat kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının hesaplanmasında ölçeğin kılavuzunda yer alan standart skorlama yöntemi kullanılmıştır. Kılavuza göre bir alt boyuttan elde edilen ham puan 25 (standart sayı)/k (soru sayısı) ile çarpılarak 0-100 arasında değişen ortalama skor elde edilir. Örneğin; duygusal alt boyut puanları Q4=0, Q7=3, Q8=2, Q9=2, Q16=3 ve Q23=2 olan bir vakanın alt boyut puan ortalamasının hesaplanması aşağıdadır;

Q4 ters skorlanan bir madde olduğundan puanı 0 yerine 4 olacaktır. Buna göre alt boyut ham puanı  $4+3+2+2+3+2=16$  olur. Standart hesaplama formülüne göre bu vakanın

duygusal alt boyut puanı;  $16 \cdot (25/6) = 66,7$  dir. Bu şekilde yapılan skora ile elde edilen fertiQol yaşam kalitesine ilişkin ortalama ve standart sapmalar Tablo 6.4.1. de verilmiştir.

**Tablo 6.4.1. FertiQol Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Değerler**

	Madde sayısı	n	Ortalama	SD
A	1	90	3,06 (%76.5)	,61
B	1	90	2,88 (%72)	,64
Duygusal	6	90	62,96	20,88
Zihin/Beden	6	90	73,70	19,85
İlişkisel	6	90	79,21	16,09
Sosyal	6	90	73,70	19,57
Tedavi Çevresi	6	90	80,23	12,97
Tedavi Tolerasyonu	4	90	66,52	18,86

Ölçeğin fiziksel sağlık genel tatminini ölçen ilk maddesi “A= Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen puanlar 0-4 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan kadınların A maddesi puan ortalaması 3,06 olarak bulunmuştur. Bu değer maksimum alınabilecek puanın (4), %76,5 ine denk gelmektedir ve kadınların sağlıklarını genel anlamda iyi olarak değerlendirdiklerini göstermektedir.

Katılımcıların hayat kalitesi genel tatminini ölçen ikinci maddesi “B=Yaşam kalitenizden memnun musunuz?” sorusunun puan ortalaması 2,88 olarak bulunmuştur. Bu değer maksimum alınabilecek puanın (4), %72’ sine denk gelmektedir ve kadınların yaşam kalitesini genel anlamda iyi düzeyde olarak algıladıklarını göstermektedir.

Ölçeğin alt boyut maddeleri dağılımı tedavi tolerasyonu alt boyutunda 4, diğer alt boyutlarda ise 6’şar maddeden oluşmaktadır. Yapılan analizler sonucunda en yüksek hayat kalitesi puanı, çekirdek modülde ilişkisel alt boyutta (79,21), tedavi modülünde ise tedavi çevresi alt boyutunda bulunurken (ortalama: 80,23), en düşük hayat kalitesinin duygusal alt boyutta (ortalama: 62,96) ve tedavi tolerasyonu alt boyutunda (ortalama: 66,52) yer aldığı saptanmıştır.

FertiQol ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılan Pearson Çarpım momentler korelasyon katsayısı değeri -1.00 ile +1.00 arasında değişmektedir.

Değerin +1.00'a yaklaşması iki değişken arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyonu gösterirken, -1.00'a yaklaşması iki değişken arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon olduğunu yani değişkenler arasında ters orantılı bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Elde edilen korelasyon katsayısı sonuçları Tablo 6.4.2.de verilmiştir.

**Tablo 6.4.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

		A	B	Duygusal	Zihin/Beden	İlişkisel	Sosyal	Çevre	Tolerasyon
A	R	1	,190	-,039	-,031	,062	,225*	,126	,146
	P		,074	,716	,770	,566	,033	,236	,169
	N	90	90	90	90	90	90	90	90
B	R		1	,108	,029	,373**	,033	,177	,078
	P			,310	,788	,000	,757	,095	,466
	N		90	90	90	90	90	90	90
Duygusal	R			1	,793**	,309**	,560**	,001**	,415**
	P				,000	,003	,000	,992	,000
	N			90	90	90	90	90	90
Zihin/Beden	R				1	,256*	,578**	,027	,452**
	P					,015	,000	,798	,000
	N				90	90	90	90	90
İlişkisel	R					1	,349**	,192	,303**
	P						,001	,071	,004
	N					90	90	90	90
Sosyal	R						1	,247*	,285**
	P							,019	,006
	N						90	90	90
Çevre	R							1	,053
	P								,621
	N							90	90
Tolerasyon	R								1
	P								
	N								90

\*. p< 0.05

\*\*, p< 0.01

Tablo incelendiğinde değişkenler arasında negatif kolerasyon olmadığı ancak bazı değişkenler arasında pozitif korelasyona rastlandığı görülmüştür. Anlamli düzeyde ilişkinin yer aldığı değişkenler Tablo 6.4.3. de yer almaktadır.

**Tablo 6.4.3. Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Pozitif Korelasyon İlişkisi**

	A	B	Duygusal	Zihin/Beden	İlişkisel	Sosyal	Çevre	Tolerasyon
A						+		
B					+			
Duygusal				+	+	+	+	+
Zihin/Beden					+	+		+
İlişkisel						+		+
Sosyal							+	+
Çevre								
Tolerasyon								

Tablo incelendiğinde A maddesi ile sosyal alt boyutu arasında pozitif anlamli bir ilişkiye rastlanmıştır. Kişilerin A maddesinde yer alan sağlıklarını değerlendirme durumunu gösteren soruya verdikleri yanıt puanları arttıkça sosyal alt boyutu puanları da artmakta ya da A maddesine verdikleri yanıt puanları düştükçe sosyal alt boyutuna verdikleri puanlar da düşmektedir.

Tablo incelendiğinde B maddesinde ile İlişkisel alt boyutu arasında pozitif anlamli bir ilişkiye rastlanmıştır. Kişilerin B maddesinde yer alan hayat kaliteleri ile ilgili değerlendirmelerini gösteren soruya verdikleri yanıt puanları arttıkça ilişkisel alt boyutu puanları da artmakta ya da B alt maddesine verdikleri puanlar düştükçe ilişkisel alt boyutuna verdikleri puanlar da düşmektedir.

Diğer alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal alt boyutu ile zihin beden, ilişkisel, sosyal, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt boyutları arasında pozitif anlamli bir ilişkiye rastlanmıştır. Yine zihin beden alt boyutu ile; duygusal, ilişkisel, sosyal ve tedavi tolerasyonu alt boyutları arasında pozitif anlamli bir ilişkiye rastlanmıştır. İlişkisel alt boyutu ile; B maddesi, duygusal, zihin beden, sosyal ve tedavi tolerasyonu alt

boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Ölçeğin sosyal alt boyutu ile; A maddesi, duygusal, zihin beden, ilişkisel, tedavi çevresi ve tedavi tolerasyonu alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Tedavi çevresi alt boyutu ile; duygusal ve sosyal alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Yine ölçeğin tedavi tolerasyonu alt boyutu ile; duygusal, zihin beden, ilişkisel, sosyal alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır.

## **6.5. FERTİQOL ÖLÇEĞİ İLE SEÇİLEN ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Bu bölümde literatür ışığında yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanan değişkenler ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

### **6.5.1. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ**

Sunulan istatistiksel analizlerde, önce Levene's testi ile iki dağılımın varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptandıktan sonra ölçek alt boyutları ile değişkenler arasındaki ilişki bağımsız grup t-testi ile sınanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile yaşanan yer değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.1.1 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.1.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşanılan Yer Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	p
A (Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?)	Şehir	59	3,1186	,55970	1,109	88	,271
	Diğer	31	2,9677	,70635			
B (Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?)	Şehir	59	2,9153	,67691	,534	88	,595
	Diğer	31	2,8388	,58291			
Duygusal	Şehir	59	64,6185	21,68338	1,038	88	,302
	Diğer	31	59,8117	19,23139			
Zihin - beden	Şehir	59	75,0705	17,85441	,900	88	,371
	Diğer	31	71,1020	23,29695			
İlişkisel	Şehir	58	81,5372	15,27666	1,900	88	,042*
	Diğer	31	74,8655	16,92450			
Sosyal	Şehir	59	78,5309	14,93946	3,415	88	,001**
	Diğer	31	64,5160	23,93252			
Tedavi Çevresi	Şehir	59	81,8502	11,33884	1,648	88	,103
	Diğer	31	77,1504	15,36102			
Tedavi Tolerasyonu	Şehir	59	67,0551	18,27084	,364	88	,717
	Diğer	31	65,5242	20,21183			

\*\* . p<0.01    \* . p< 0.05

Ölçek alt boyutları ile yaşanılan yer değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; ilişkisel alt boyutta anlamlı (p<0.05) ve sosyal alt boyutta ise ileri düzeyde anlamlı (p<0.01) ilişki bulunurken, diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta da şehirde yaşayan kişilerin lehine olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyut puanları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Ölçeğin alt boyutları ile çalışma durumu değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.1.2 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.1.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	p
A	Çalışmıyor	37	2,9190	,64024	-1,935	88	,046*
	Çalışıyor	53	3,1698	,57965			
B	Çalışmıyor	37	2,8378	,68883	-,626	88	,533
	Çalışıyor	53	2,9245	,61548			
Duygusal	Çalışmıyor	37	60,9233	22,07743	-,772	88	,442
	Çalışıyor	53	64,3867	20,10861			
Zihin - beden	Çalışmıyor	37	70,7206	21,72812	-1,194	88	,236
	Çalışıyor	53	75,7860	18,36417			
İlişkisel	Çalışmıyor	37	80,7431	14,74288	,755	88	,453
	Çalışıyor	52	78,1249	17,04780			
Sosyal	Çalışmıyor	37	69,5945	21,80297	-1,680	88	,046*
	Çalışıyor	53	76,5722	17,51116			
Tedavi Çevresi	Çalışmıyor	37	78,9413	15,98566	-,786	88	,434
	Çalışıyor	53	81,1319	10,45197			
Tedavi Tolerasyonu	Çalışmıyor	37	66,2162	20,90921	-,130	88	,907
	Çalışıyor	53	66,7453	17,49715			

\*\* . p<0.01 \* . p< 0.05

Olguların çalışma durumu ile ölçeğin “A” maddesi ve sosyal alt boyutu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta da çalışan kişilerin lehine olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyutları ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.1.3 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.1.3. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	p
A	Lise ve altı	44	2,9545	,56884	-1,711	88	,091
	Üniversite ve üstü	46	3,1739	,64306			
B	Lise ve altı	44	2,7500	,61474	-2,037	88	,045*
	Üniversite ve üstü	46	3,0217	,64941			
Duygusal	Lise ve altı	44	64,6779	23,33760	,760	88	,449
	Üniversite ve üstü	46	61,3224	18,35566			
Zihin- beden	Lise ve altı	44	74,6211	20,83947	,427	88	,671
	Üniversite ve üstü	46	72,8260	19,05842			
İlişkisel	Lise ve altı	43	79,4572	15,65360	,137	88	,901
	Üniversite ve üstü	46	78,9854	16,66563			
Sosyal	Lise ve altı	44	71,8849	21,30518	-,865	88	,390
	Üniversite ve üstü	46	75,4528	17,83469			
Tedavi Çevresi	Lise ve altı	44	78,9771	14,73697	-,906	88	,373
	Üniversite ve üstü	46	81,4310	11,06609			
Tedavi Tolerasyonu	Lise ve altı	44	67,9077	20,99414	,672	88	,503
	Üniversite ve üstü	46	65,2174	16,70060			

\*\* . p<0.01 \* . p< 0.05

Olguların eğitim durumu ile ölçeğin “B” maddesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken (p<0.05), diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p<0.05). Katılımcılardan üniversite mezunu



olanların hayat kalitelerinden daha fazla memnun olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 6.5.1.3).

Ölçeğin alt boyutları ile gelir durumu değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.1.4 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.1.4. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>ss</i>	t-test		
					<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
A	3000-	49	2,9388	,62610	-2,205	88	,030*
	3000+	41	3,2195	,57062			
B	3000-	49	2,7551	,72257	-2,201	88	,030*
	3000+	41	3,0488	,49755			
Duygusal	3000-	49	62,7550	19,64320	-,103	88	,918
	3000+	41	63,2113	22,53278			
Zihin - beden	3000-	49	72,7040	20,00180	-,520	88	,604
	3000+	41	74,9083	19,86251			
İlişkisel	3000-	49	81,1223	15,93673	1,242	88	,217
	3000+	40	76,8849	16,17735			
Sosyal	3000-	49	72,7040	20,21763	-,527	88	,599
	3000+	41	74,9083	18,96832			
Tedavi Çevresi	3000-	49	78,6563	14,12043	-1,263	88	,210
	3000+	41	82,1137	11,34388			
Tedavi Tolerasyonu	3000-	49	66,1990	21,38279	-,180	88	,858
	3000+	41	66,9207	15,57767			

\*.  $p < 0.05$

Ölçek alt boyutları ile gelir durumu değişkeni arasında “A” ve “B” maddelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer alt boyutlarda aritmetik

ortalamlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p < 0.05$ ). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta da aylık geliri 3000 TL üzerinde olan kişilerin lehine olduğu saptanmıştır.

### **6.5.2. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ EVLİLİK, DOĞURGANLIK VE ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ**

Bu bölümde sunulan istatistiksel analizlerde, önce Levene's testi ile iki dağılımın varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptandıktan sonra ölçek alt boyutları ile değişkenler arasındaki ilişki bağımsız grup t-testi ile sınanmıştır.

Ölçeğin alt boyutları ile evlilik sonrası çocuk isteme süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; tedavi tolerasyonu alt boyutunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın 2 yıldan sonra çocuk sahibi olmak isteyen kadınların lehine olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyutları ile evlilik süresi ve daha önce gebe kalma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Ölçeğin alt boyutları ile yaşayan çocuk varlığı değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.2.1 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.2.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşayan Çocuk Varlığı Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	p
A	Evet	16	3,0625	,57373	-,030	88	,976
	Hayır	74	3,0676	,62660			
B	Evet	16	3,0000	,73030	,760	88	,450
	Hayır	74	2,8649	,62646			
Duygusal	Evet	16	72,1353	17,79082	1,968	88	,042*
	Hayır	74	60,9796	21,08378			
Zihin - beden	Evet	16	84,1144	13,01883	2,372	88	,020*
	Hayır	74	71,4526	20,42033			
İlişkisel	Evet	16	78,6457	15,58093	-,155	88	,888
	Hayır	73	79,3378	16,30742			
Sosyal	Evet	16	82,2915	14,63283	1,966	88	,042*
	Hayır	74	71,8467	20,09311			
Tedavi Çevresi	Evet	16	86,7186	10,56490	2,256	88	,027*
	Hayır	74	78,8288	13,08116			
Tedavi Tolerasyonu	Evet	16	65,6250	19,09407	-,210	88	,834
	Hayır	74	66,7230	18,93765			

\*. p< 0.05

Tabloda görüldüğü gibi ölçek alt boyutları ile yaşayan çocuk sahibi olma değişkeni arasında duygusal, zihin/beden, tedavi çevresi ve sosyal alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (p<0.05), diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her dört alt boyutta da yaşayan çocuğa sahip olan kişilerin lehine olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyutları ile kendinde ve eşinde üreme sağlığı sorunu yaşama değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; eşte üreme sorunu yaşama değişkeni ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0.05$ ), kendinde üreme sağlığı sorunu yaşama değişkeni ile ölçeğin zihin/beden ve tedavi tolerasyonu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta da üreme sağlığı sorunu yaşamayan kişilerin lehine olduğu görülmektedir (Tablo 6.5.2.2).



**Tablo 6.5.2.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kendinde Üreme Sağlığı Sorunu Yaşama Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>ss</i>	<b>t-test</b>		
					<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>p</i>
A	Evet	25	2,9200	,57155	-1,412	88	,161
	Hayır	65	3,1231	,62519			
B	Evet	25	2,8800	,66583	-,081	88	,936
	Hayır	65	2,9023	,64039			
Duygusal	Evet	25	57,6666	20,68276	-1,502	88	,137
	Hayır	65	64,9999	20,76548			
Zihin - beden	Evet	25	65,6666	19,99273	-2,447	88	,016*
	Hayır	65	76,7947	19,06516			
İlişkisel	Evet	25	76,1665	16,16070	-1,118	88	,267
	Hayır	64	80,4035	16,03771			
Sosyal	Evet	25	72,4999	19,69088	-,360	88	,720
	Hayır	65	74,1665	19,67065			
Tedavi Çevresi	Evet	25	78,3332	13,12112	-,859	88	,392
	Hayır	65	80,9614	12,94705			
Tedavi Tolerasyonu	Evet	25	58,2500	18,28592	-2,669	88	,009**
	Hayır	65	69,7115	18,22945			

\*\* . p<0.01    \* . p< 0.05

### **6.5.3. FERTİQOL ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARININ İNFERTİLİTE VE TEDAVİ GEÇMİŞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERE GÖRE ANALİZLERİ**

Ölçeğin alt boyutları ile gebe kalamama süresi değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal ve zihin/beden alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer alt boyutlarda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta gebe kalamama süresi kısa olanların (1-3yıl) lehine olduğu görülmektedir (Tablo 6.5.3.1).



**Tablo 6.5.3.1. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gebe Kalamama Süresi Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	P
A	1-3 yıl	52	3,1538	,57342	1,588	88	,116
	4 ve üzeri yıl	38	2,9474	,65543			
B	1-3 yıl	52	2,9808	,54198	1,598	88	,114
	4 ve üzeri yıl	38	2,7632	,75101			
Duygusal	1-3 yıl	52	66,9069	19,91286	2,137	88	,035*
	4 ve üzeri yıl	38	57,5657	21,24268			
Zihin - beden	1-3 yıl	52	77,0031	17,31754	1,880	88	,045*
	4 ve üzeri yıl	38	69,1885	22,33418			
İlişkisel	1-3 yıl	51	81,0456	14,49029	1,248	88	,215
	4 ve üzeri yıl	38	76,7543	17,93147			
Sosyal	1-3 yıl	52	76,2018	17,99048	1,424	88	,158
	4 ve üzeri yıl	38	70,2850	21,33780			
Tedavi Çevresi	1-3 yıl	52	80,7691	13,02422	,458	88	,648
	4 ve üzeri yıl	38	79,4955	13,04664			
Tedavi Tolerasyonu	1-3 yıl	52	67,3077	18,42510	,457	88	,649
	4 ve üzeri yıl	38	65,4605	19,64297			

\*.  $p < 0.05$

Ölçeğin alt boyutları ile tedavi süresi değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde; “B” maddesi ve tedavi çevresi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ( $p < 0.05$ ), diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın her iki alt boyutta da tedavi süresi kısa olanların (0-2 yıl) lehine olduğu görülmektedir (Tablo 6.5.3.2)

Ölçeğin alt boyutları ile tedavi süresi değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.3.2 de verilmiştir.

**Tablo 6.5.3.2. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Tedavi Süresi Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	P
A	0-2 yıl	54	3,1667	,57462	1,919	88	,058
	3 yıldan fazla	36	2,9167	,64918			
B	0-2 yıl	54	3,0185	,49491	2,401	88	,018**
	3 yıldan fazla	36	2,6944	,78629			
Duygusal	0-2 yıl	54	63,7345	19,58839	,427	88	,670
	3 yıldan fazla	36	61,8055	22,94097			
Zihin - beden	0-2 yıl	54	75,6943	17,63590	1,167	88	,246
	3 yıldan fazla	36	70,7175	22,72342			
İlişkisel	0-2 yıl	53	79,7955	16,20752	,412	88	,681
	3 yıldan fazla	36	78,3564	16,11647			
Sosyal	0-2 yıl	54	74,9999	18,20708	,767	88	,445
	3 yıldan fazla	36	71,7591	21,59580			
Tedavi Çevresi	0-2 yıl	54	82,4073	10,60494	1,980	88	,051*
	3 yıldan fazla	36	76,9675	15,47801			
Tedavi Tolerasyonu	0-2 yıl	54	65,1620	18,75400	-,840	88	,403
	3 yıldan fazla	36	68,5764	19,10299			

\*\* . p<0.01 \* . p< 0.05

Olguların infertilite nedeni bilme durumları ile ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).



Kurum/hekim değişikliği yapma değişkeni ile ölçeğin duygusal alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ortaya çıkan istatistiksel farklılığın duygusal alt boyutunda hekim değişikliği yapmayan kişilerin lehine olduğu görülmektedir (Tablo 6.5.3.3).

**Tablo 6.5.3.3. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kurum/Hekim Değişikliği Yapma Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>ss</i>	t-test		
					<i>t</i>	<i>sd</i>	<i>P</i>
A	Evet	55	3,0364	,63723	-,584	88	,560
	Hayır	35	3,1143	,58266			
B	Evet	55	2,9009	,65751	,037	88	,970
	Hayır	35	2,8857	,63113			
Duygusal	Evet	55	59,2423	19,33982	-2,161	88	,033*
	Hayır	35	68,8094	22,14900			
Zihin - beden	Evet	55	71,8181	19,96592	-1,131	88	,261
	Hayır	35	76,6665	19,60076			
İlişkişel	Evet	55	79,0908	15,62093	-,091	88	,928
	Hayır	34	79,4116	17,07025			
Sosyal	Evet	55	72,8029	20,66059	-,545	88	,588
	Hayır	35	75,1190	17,94955			
Tedavi Çevresi	Evet	55	80,3788	12,77153	,134	88	,904
	Hayır	35	79,9999	13,47502			
Tedavi Tolerasyonu	Evet	55	65,1136	18,85353	-,901	88	,376
	Hayır	35	68,7500	18,93293			

\* $p<0.05$

Ölçeğin alt boyutları ile doğurganlık sorunu nedeni ile kendini baskı altında hissetme değişkeni arasındaki ilişki Tablo 6.5.3.4 de verilmiştir

**Tablo 6.5.3.4. FertiQol Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Doğurganlık Sorunu Nedeni İle Kendini Baskı Altında Hissetme Değişkenine Göre İncelenmesi**

	Kategori	n	$\bar{X}$	ss	t-test		
					t	sd	P
A	Evet	46	3,0435	,59466	-,364	88	,717
	Hayır	44	3,0909	,64043			
B	Evet	46	2,9130	,66084	,362	88	,718
	Hayır	44	2,8636	,63212			
Duygusal	Evet	46	56,2499	19,01811	-3,284	88	,001**
	Hayır	44	69,9809	20,64015			
Zihin - beden	Evet	46	67,3912	21,16044	-3,244	88	,002**
	Hayır	44	80,3029	16,13399			
İlişkisel	Evet	46	76,7209	17,51488	-1,522	88	,132
	Hayır	43	81,8897	14,14105			
Sosyal	Evet	46	65,3984	21,18906	-4,546	88	,000**
	Hayır	44	82,3862	13,14127			
Tedavi Çevresi	Evet	46	81,1593	12,81211	,692	88	,491
	Hayır	44	79,2612	13,22167			
Tedavi Tolerasyonu	Evet	46	65,2174	19,57235	-,672	88	,503
	Hayır	44	67,9077	18,21379			

\*\* p<0.01

Tabloda görüldüğü gibi doğurganlık sorunu nedeni ile kendini baskı altında hissetme değişkeni ile ölçeğin duygusal, zihin-beden ve sosyal alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01). Diğer alt boyutlarda aritmetik ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ortaya

ıkan istatistiksel farklılığın her  alt boyutta da baskı altında hissetmeyenler lehine olduğu görülmektedir.



## 6. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler literatür bilgileri ile tartışmaya sunulmuştur.

Sosyo-demografik özellikler kadının sağlık davranışları üzerinde doğrudan etkili olduğundan tartışmada kısaca yer verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının  $33,96 \pm 5,38$  olduğu, % 65,6'sının şehirde yaşadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde infertilite ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş ortalamalarının 28 ile 37 yaş aralığında değiştiği, çiftlerin şehirde yaşama oranlarının görece olarak yüksek olduğu ve bu sonuçların çalışma bulgularımızla uyumlu olduğu saptanmıştır (4,8,12,13,14,17,18,31,36).

Çalışmamıza katılan kadınların %75,5'inin lise ve üzeri eğitim aldığı, %58,9'unun çalıştığı ve %54,4'ünün aylık gelirinin 3000 TL ve altında olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de lise ve üzerinde eğitim alan kadınların oranı %21, çalışan kadın oranı ise %31 dir (57). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'e göre Şubat 2014 itibari ile 15-64 yaş arası kadınlarda işgücüne katılım oranı %31,8'dir (55). Çalışma bulgularımız Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu durumun araştırmanın özel bir hastanede yapılmış olması ve toplumun tüm kesimlerini kapsayacak sayı ve özellikle katılımcının olmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Mart 2014 verilerine göre yoksulluk sınırı 3.523,09 TL olarak belirlenmiştir. (56). Bu bilgiye göre çalışmamıza katılan kadınların %54,4'ü aylık 3000 TL ve altı gelir ile yoksulluk sınırı altında yaşadığı görülmektedir. Bu durum oguların yarısından fazlasının tanı ve tedavi ile ilgili sıkıntılar yanında ekonomik olarak da zorluk yaşamakta olduğu göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %56,7'sinin evlilik süresinin 6 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında olguların %70,1'inin 5 yıl ve üzeri, Kırço'nun (2009) çalışmasında %52,7'sinin 6 yıl ve üzeri, Bayram'ın (2009) çalışmasında %65,5'inin 5 yıl ve üzeri süredir evli olduğu ve bulgularımızla uyumlu olduğu saptanmıştır.

Olguların %62,2'sinin daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %30'unun oral kontraseptif (OK) kullandığı belirlenmiştir.

Ataman'ın (2007) çalışmasında infertilite tedavisi alan katılımcıların %52'sinin daha önce herhangi bir yöntem kullandığı, en sık kullanılan yöntemin %26 ile hormonal yöntemler olduğu, Kuş'un (2008) çalışmasında kadınların %47,8'inin daha önce bir yöntem kullandığı saptanmıştır. Bu sonuçların çalışma bulgularımızla uyumlu olduğu görülmüştür.

Literatür doğum kontrolü uygulama kararı ve yöntem seçiminde temel belirleyiciler olarak sosyoekonomik durumu, eğitim durumunu, çalışıp çalışmama ve fertilitate öyküsünü ön plana çıkarmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların oral kontraseptif kullanım oranları TNSA 2008 verilerine göre Türkiye ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu durum katılımcıların eğitim ve gelir düzeylerinin yüksek olmasına bağlanabilir. Ayrıca evlilik sonrası çocuk sahibi olma isteğine kadar geçen ve doğurganlığın bilinmediği sürede OK kullanımının sağlık çalışanları tarafından da önerildiği ve yaygın kullanıldığı bilinmektedir (57,58,59).

Olguların %37,8'nin daha önce gebe kaldığı, % 17,8 inin yaşayan çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında olguların %19,4'ünün daha önce gebelik yaşadığı, %1,4'ünün yaşayan çocuğu olduğu, Kargın'ın (2009) çalışmasında kadınların %26,2'sinin daha önce gebe kaldığı, %3,2'sinin yaşayan çocuğunun olduğu, Kuş'un (2008) çalışmasında % 11,2'sinin yaşayan çocuğu olduğu, Kırço'nun (2009) çalışmasında %26,6'sının gebelik öyküsünün olduğu, %4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen daha önce gebe kalma durumuna ilişkin bulgu Kargın (2009) ve Kırço'nun (2009) bulgularına yakındır. Yaşayan çocuk varlığı ile ilgili bulgu ise Kuş'un (2008) çalışma bulgularına yakın ancak diğer literatürlerden yüksektir (3,8,12,14).

Katılımcıların %27,8'inin kendisinin, %32,2'sinin eşinin daha önce bir üreme sağlığı problemi yaşadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ataman'ın (2007) çalışmasında infertil grubun %18'inin kadın sağlığı sorunu yaşadığı, Kuş'un (2008) çalışmasında kadınların %24,5'inin kendisinin, %22,2'sinin eşinin daha önce üreme sağlığı problemi yaşadığı belirtilmiş olup bizim sonuçlarımıza yakın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %57,8'inin 1-3 yıl arasında, %42,2'sinin 4 yıl ve üzeri süredir gebe kalamadıkları ve ortalama infertilite süresinin 4,81 yıl olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan farklı çalışmalarda ortalama 2,89 ile 7,1 yıl

arasında değişen sürelerde infertile sorunu yaşadığı görülmektedir (3,4,18,42,60,61). Çalışma bulgumuz Holter ve arkadaşlarının (2006) (4,4 yıl), Ataman'ın (2007) (3,51 yıl) ve Teskereci'nin (2010) (6,01 yıl) çalışma sonuçlarına yakındır.

Olguların %60'ının tedavi süresinin 0-2 yıl arasında olduğu ve tedavi süresi ortalamasının 3,25 yıl olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda tedavi süresi ortalamalarının 1,46 ile 4,51 yıl arasında farklılık gösterdiği görülmüştür (3,4,13,17, 18,42,62,63). Sonuçlarımız Dilek (2009), Taşçı ve arkadaşları (2008) ile Eren'in (2008) çalışmalarıyla benzer olduğu saptanmıştır.

Olguların %23,3'ünün daha önce infertilite tedavisi almadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Sömek'in (2008) çalışmasında olguların %36'sının, Eren'in (2008) çalışmasında %45,19'unun, Kuş (2008) çalışmasında %39,6'sının daha önceden infertilite tedavisi almadığı ve bu sonuçların çalışma bulgumuzdan yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda olguların yaş ortalamasının (33.96±5,38) yüksek olması nedeniyle daha önce infertilite tedavisi almış oldukları düşünülebilir.

Sunulan çalışmada olguların %66,7'sinin daha önce bir tedavi yöntemi denediğı, bunların sıklıkla IVF (%30) ve IUI (%27.8 ) tedavisi aldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Sömek (2008) ve Kargin'ın (2009) çalışmalarında olguların çoğunluğunun daha önce IVF tedavisi aldığı, Kırço'nun (2009) çalışmasının çalışmamızla benzer şekilde olguların çoğunluğunun (%76,7) ilk tedavisinin IVF olduğu saptanmıştır. Teskereci (2010), Eren'in (2008) ve Kuş'un (2008) çalışmasında da sıklıkla daha önce IUI tedavisi aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %77,8'inin gebe kalamama nedenini bildikleri saptanmıştır. Olguların %34,4'ü infertilite nedeninin kendisinden, %24,4'ü eşinden kaynaklandığını, %12,2 ile de psikolojik nedenlerden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde kadınların %24 ile %47,5 arasında değişen oranlarda infertilite nedeninin kendileri kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir (4,8,12,14,32,44).

Olguların %51,1'inin çocuk sahibi olamama nedeniyle kendilerini baskı altında hissettikleri ve en yoğun baskı nedeninin kendilerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Kuş'un (2008) çalışmasında kadınların infertilite nedeni ile kendilerini suçlama ve eşleri tarafından suçlanma durumlarının birlikte incelendiğı çalışmada; kadınların kendilerini

erkeklere göre yaklaşık 5 kat daha fazla suçladığı görülmüştür. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil çiftlerin % 83,3'ü bir çocuğa sahip olma baskısını hissettiklerini bildirmiştir. Lau ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada da infertil çiftlerin %60'ından fazlası infertiliteden dolayı kendilerini baskı altında hissettiklerini, ayrıca yaklaşık her beş erkekten biri ve her beş kadından ikisi “infertilitenin kadın için utanç verici” bir durum olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

İnfertilite konusunda yapılan çalışmaların çoğunda belirtildiği gibi toplumsal değerler, kültür ve doğurganlığın kadına ait bir görev olarak düşünülmesi gibi nedenlerle infertilite sorunu kadınlarda daha çok baskı ve suçluluk duygusu yaratmaktadır. Çalışmamızda literatürü destekler şekilde kadınların yaklaşık yarısının kendini suçladığı saptanmıştır (3,8,65).

İnfertilite tedavi süreci noninvaziv ve invaziv uygulamaları içeren, kadını fiziksel ve duygusal olarak zorlayıcı bir süreçtir. Sunulan çalışmada katılımcıların %26,7'si tedavi sürecinde herhangi bir zorlanma yaşamadıkları, zorlanma yaşadığını ifade edenlerin % 21,1'inin yumurta toplama işleminde, %13,3'ü evde enjeksiyon yaparken, %12,2'si tedavi için sık hastaneye gelmekten ve %10'u ultrason çekimi sırasında zorlandıklarını ifade etmiştir. Dilek'in (2009) çalışmasında olguların %82,5'inin tedavi sürecinde, şiddetli derecede, yapılan işlemlerin sonucunu bekleme sürelerine bağlı zorluk yaşadıkları ve bu durumun endişe ve baskıya neden olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgumuz Dilek'in çalışmasından farklı olarak olguların çoğunlukla fiziksel zorlayıcı kısımdan etkilendiğini göstermektedir. Tedavi sürecinin ağırlı olan OPU işlemi beklenildiği şekilde en fazla zorlanılan durum olduğu tespit edilmiştir. Literatürde infertilite tedavisinde kadınların fiziksel yönden zorlanmalarına dair bulguya rastlanmamıştır.

FertiQol ölçeği ile ilgili elde edilen bulgular literatür ışığında irdelendiğinde; katılımcıların  $3,06 \pm ,61$  puan ortalaması ile sağlıklarını genel anlamda iyi olarak değerlendirdikleri,  $2,88 \pm ,64$  puan ortalaması ile yaşam kalitelerini genel anlamda iyi olarak algıladığı saptanmıştır. Literatürde Belen'in (2012) çalışmasında FertiQol ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde infertil kadınların sağlıklarını ve yaşam kalitelerini genel anlamda iyi olarak değerlendirdikleri görülmüştür.

Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; en yüksek alt boyut puan ortalamasının çekirdek modül içinde yer alan ilişkisel alt boyutunda (79,21) ve tedavi modülü içinde yer alan tedavi çevresi alt boyutunda (80,23) olduğu, en düşük alt boyut

puan ortalamasının çekirdek modül içinde yer alan duygusal alt boyutunda (62,96) ve tedavi modülünde yer alan tedavi tolerasyonu alt boyutunda (66,52) olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulgular çalışmaya katılan kadınların yaşam kalitesi bağlamında en fazla duygusal ve tolerasyon alt boyut alanlarında olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Literatür infertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran ve FertiQol kullanarak yapılan çalışmalar yönünden incelendiğinde, Türkiye’de yapılan iki çalışma olduğu saptanmıştır. Belen’in (2012) çalışmasında ölçeğin çekirdek modülünde; en yüksek alt boyut puan ortalamasının ilişkisel alt boyutta, en düşük alt boyut puan ortalamasının duygusal alt boyutta olduğu, Tedavi modülünde ise; tedavi tolerasyonu alt boyut puanının daha düşük olduğu ve çalışma bulgumuzla uyumlu olduğu görülmektedir. Karabulut ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında çalışmamızdan elde edilen sonuçlara benzer şekilde çekirdek modülde; en düşük alt boyut puan ortalamasının duygusal alt boyutta, en yüksek alt boyut puan ortalamasının ilişkisel alt boyutta olduğu saptanmıştır. Tedavi modülünde ise çalışmamızdan farklı olarak tedavi çevresi alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir.

Literatürde yurtdışında yapılan çalışmaların çoğunlukla ülkelerin FertiQol ile ilgili yaptıkları geçerlilik güvenilirlik çalışmaları olduğu görülmüştür. Aarts ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde ilişkisel alt boyut puan ortalamasının en yüksek, duygusal alt boyut puan ortalamasının en düşük puanı aldığı görülmektedir. Pei-Yang Hsu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bizim çalışmamızın tersine zihin\beden alt boyut puan ortalamasının en düşük, sosyal alt boyut puan ortalamasının en yüksek puan aldığı görülmektedir. Tedavi modülünde ise tedavi çevresi alt boyutunun daha düşük olduğu görülmektedir. Valsangkar ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışma da bizim sonuçlarımızdan farklı olarak en yüksek etkilenmenin zihin\beden boyutta olduğu saptanmıştır. FertiQol ile Türkiyede yapılan çalışma sonuçlarının bizim çalışma sonuçlarımızla benzer olması buna karşın yurtdışında yapılan Pei-Yang Hsu ve arkadaşlarının (2011), Valsangkar ve arkadaşlarının (2011) çalışma sonuçlarının farklı olması ülkeler arası sosyo-kültürel ve etnik farklılıklara bağlanabilir.

FertiQol ile yapılan yurtiçi ve yurtdışı çalışmaları Tablo 7.1. de verilmiştir.



**Tablo 7.1. FertiQol Ölçeği İle Yapılan Çalışmalar**

	Zihin/beden	Duygusal	Sosyal	İlişkisel	Tedavi tolerasyonu	Tedavi çevresi
Aarts ve arkadaşları (2011)	70.8(13.9)	59.8(18.7)	74.0(16.6)	78.2(14.5)		
Pei-Yang Hsu ve arkadaşları (2011)	49.84(24.01)	53.60(18.9)	59.31(11.1)	54.80(10.9)	58.65(18.96)	54.28(8.87)
Valsangar ve arkadaşları (2011)	42.18(4.32)	47.25(3.3)	44.03(4.12)	41.43(4.6)		
Belen (2012)	96.86(21.19)	85.45(20.3)	98.34(17.7)	106.18(14.7)	87.62(19.74)	99.33(12.89)
Karabulut ve arkadaşları (2013)	64.81(22.72)	57.21(23.1)	68.55(19.3)	77.33(17.9)	65.97(21.23)	64.01(15.72)
Bizim çalışmamız (2013)	73.70(19.85)	62,96(20.8)	73.70(19.5)	79,21(16.0)	66.52(18.86)	80,23(12.97)

İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkisini irdeleyen ve FertiQol dışında farklı ölçeklerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; fertilité sorunu olan kadınların, sorunu olmayan kadınlara göre genel olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir (61,68,69,70). Monga ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında Quality Of Well-Being Scale Self Administered ölçeği kullanılarak 92 çift ile yaptığı çalışmada fertilité sorunu olan çiftlerde kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşük yaşam kalitesi olduğu, Droszol ve arkadaşlarının (2008) SF 36 ölçeği kullanarak 206 infertil ve 190 fertil kontrol grubuyla yaptıkları çalışmada bütün kategorilerde yaşam kalitesi parametrelerinin genel olarak kontrol grubuna göre fertilité sorunu olan kadınlarda daha düşük olduğunu göstermişlerdir.

Hassanin ve arkadaşlarının (2010)'in The Quality-Of- Life Questionnaire (QLO) C30, 2.versiyon ölçeğini kullanarak primer infertil 116 ve benzer sosyodemografik

özelliklere sahip fertil 116 kişi ile yaptığı çalışmada fertilité sorunu olan kadınların sağlık ve yaşam kalitelerinin fertilité sorunu olmayan kadınlara göre daha düşük olduğunu ifade eden benzer sonuçlar elde edilmiştir. Onat ve arkadaşlarının (2012) Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (TDSÖYKÖ-KF) ile 58 primer infertil ve 58 sağlıklı çift ile yaptığı çalışmasında elde edilen sonuçlar evlilik ilişkilerinde ve yaşam kalitelerinde negatif yönde bir etkilenme olduğu göstermiştir.

Kuş'un (2008) SF-36 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmanın bulguları çalışma bulgularımızla benzer şekilde en fazla etkilenmenin duygusal boyutta olduğunu göstermektedir. Bolsoy ve arkadaşlarının (2010) dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF) ölçeği kullanarak, fertilité sorunu olan Türk kadınları ve erkekleri üzerinde yaptıkları çalışma sonuçları bizim çalışmamıza benzer şekilde çevresel boyutta kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu göstermiştir.

Olguların yaşadıkları yer değişkeni ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; şehirde yaşayan kadınların ilişkisel alt boyut puan ortalamasının anlamlı ( $p<0.05$ ) ve sosyal alt boyut puan ortalamasının ileri düzeyde anlamlı ( $p<0,01$ ) şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum şehir yaşantısının sosyal olanaklar açısından daha iyi olması ve konuyla ilgili sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olmasına bağlanabilir. Şehir yaşantısı sürdüren kadınların eğitim durumlarının yüksek olması ilişkisel ve sosyal anlamda sorunlarını paylaşabilme yeteneğini de artırmaktadır. Teskerecinin (2010) yılında yaptığı çalışmada çalışma sonucu ile uyumlu olarak şehirde yaşayan kişilerin yaşam kalitesinin görelî olarak yüksek olduğunu belirtmektedir.

Çalışan kadınların çoğu etkin bir sosyal paylaşım içerisindedirler. Olguların çalışma durumu ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışanların sağlıklarını değerlendirme durumları ile sosyal alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Literatür bulgumuzu destekler niteliktedir. Kavlak ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında çalışmayan infertil kadınların yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Pearson'ın (1992) çalışmasında, bir iş ile meşgul olmayan infertil kadınlarda umutsuzluk, izolasyon ve depresyon duygularının arttığını ve infertil kadınlar için çalışma hayatının teröpatik olduğunu belirtmiştir. Kavlak (2002) ve Teskereci'nin (2010) çalışmasında yine çalışan kadınların yaşam kalitesi çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Eğitim d¼zeyi infertilitenin algılanması ve bireylerin infertilitenin getirdiği sorunlarla baş etme yeteneğini etkilemesi yönünden önem taşımaktadır (28). Çalışmamızda, üniversite ve üzerinde eğitim alan kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde yaşam kalitelerinden daha memnun oldukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Teskereci'nin (2010) çalışmasında ilkokul mezunlarının yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kargın'ın (2009) çalışmasında eğitim düzeyi düşükçe araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin umutsuzluk düzeylerinin arttığı gör¼lm¼ştür. Bu çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir.

Mart 2014 verilerine göre yoksulluk sınırı 3.523 TL olarak belirtilmiştir (56). Tüp bebek tedavisinin ekonomik olarak aileye yük olması stres faktörünü dolaylı olarak etkileyebilir, tedavi alabilmelerinde güçl¼klere yol açabilir. Tüp bebek tedavisinde başarı oranının %40 olduğu düşün¼lürse tedavinin tekrarı, ilaçların maliyeti ve kimi zaman embriyo dondurulması durumu gibi ilave işlemler bu masrafları daha da artırarak aileye önemli derecede maddi sorunlar oluşturmaktadır. Hâlbuki çiftler kendilerini ekonomik anlamda ne kadar özgür hissederlerse hayat kaliteleri ve sağlıklarını değerlendirme durumları da bu oranda artacaktır. Araştırmaya katılan kadınlardan 3000 TL ve üzerinde geliri olan kişilerin sağlıklarını daha iyi değerlendirdikleri ve hayatlarının kalitesinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha memnun oldukları bulgusu bu görüşü desteklemektedir ( $p<0.05$ ). Literatür de bu sonucu destekler niteliktedir. Karabulut'un (2013) çalışmasında gelir düzeyi yüksek olan kişilerin ilişkisel alt boyut puanının daha yüksek olduğu gör¼lmektedir. Bayram'ın (2011) çalışmasında geliri giderine eşit veya fazla olan grubun çift uyum ölçeği (ÇUÖ) toplam puanlarının, geliri giderden az olan grubun puanlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde infertilite tedavisinin ekonomik boyutunun çiftler üzerindeki etkisini belirten çalışmalar mevcuttur (73,74).

Evlilik süresi ortalamaları ile hayat kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gör¼lmemiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Belen'in (2012) çalışmasında evlilikten itibaren geçen süre ile yaşam kalitesi boyutları arasında bir ilişki saptanamamıştır. Farzadi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da evlilik süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı gösterilmiştir.

Daha önce gebe kalma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ancak, yaşayan çocuk varlığı durumunda ölçeğin duygusal, zihin-beden, sosyal ve çevre alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaşayan çocuk olması durumunda bu alt boyutlar pozitif anlamda etkilenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde gebelik öyküsünün hayat kalitesini etkilemediği, ancak yaşayan çocuk varlığının hayat kalitesini olumlu yönde etkilediğini destekler nitelikte çalışmalar olduğu görülmüştür (4,12,13,63). Çocuk sahibi olmak maddi ve manevi pek çok beklentiyi karşılamaktadır. Dolayısıyla çocuk sahibi olan sekonder infertil çiftler yaşam kalitelerinin iyi olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda dört yıl ve üzeri süredir gebe kalamayanlarda duygusal ve zihin-beden alt boyut puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Belen'in (2012) çalışmasında çocuk isteme süresi ile yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal, zihin-beden, çevresel, tedavi tolerasyonu alt boyutları arasında negatif bir bağlantı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu bulgu çocuk sahibi olma çabasıyla geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir. Karabulut'un (2013) çalışmasında 5 yıl ve üzeri süredir infertilitesi olanların duygusal, zihin beden ve tolerasyon alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Teskereci'nin (2010) çalışmasında infertil çiftlerin infertilite süreleri ile yaşam kaliteleri arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre infertilite süresi uzadıkça, yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir. İnfertilite süresinin uzaması ve olumsuz tedavi sonuçları ile infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin artması yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

Tedavi süresi değişkeni ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; 0-2 yıl arasında tedavi görenlerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yaşam kalitesinden memnun oldukları ( $p<0.01$ ) ve çevre alt boyutunun da anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). 3 yıldan fazla süre tedavi alanlarda bu boyutlarda yaşam kalitesi puanları düşüktür. Kuş'un (2008) çalışmasında araştırma kapsamına alınan kadınların infertilite tedavi süresi ile yaşam kalitesi alt gruplarından duygusal rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, genel sağlık ve sosyal fonksiyon puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış olup çalışma sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (%61,1) kurum/hekim değişikliği yaptığı ve değişiklik yapan kadınların duygusal alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yeni bir hekimle tedaviye devam etme durumunda sadece hekimin değişmesi değil, kurum içerisindeki sağlık çalışanlarının, yardımcı elemanların değişmesi hastalarda zorunlu olarak bir karşılaştırma durumu yaratmaktadır. Yeni başlayan bu iletişim sürecinde, güven duygusunun oluşması süre almakta ve bu durum hastaların duygusal anlamda etkilenmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca kurum hekim değişikliği yapan çiftlerin çoğunluğu bir önceki deneme başarısız olanlar olduğundan duygusal boyutta etkilenme daha fazla olmuş olabilir. İnfertilite tedavisinde; sürecin uzun ve yakın iletişim gerektirmesi, hastayla hekim arasında duygusal bazı bağların oluşması ve ardışık negatif gebelik sonuçlarıyla birlikte gerek hekimin gerekse çiftlerin duygusal anlamda yıpranmaları, diğer merkezlerin tedavi maliyetlerinin ve tedavi seçeneklerinin farklı olması, çevrenin yönlendirmesi gibi nedenlerden dolayı hastaların sık hekim değiştirdiği bir gerçektir. Hastanın kurum\hekim değişikliği yapması tüm süreçlerin yeniden başlatılmasına neden olmaktadır. Sürekli devam edilen bir hekim hastanın tedavi yanıtları konusunda tahmin yürütme şansına sahipken yeni başvuru hekim bu kıyaslamayı yapabileceği şansına sahip değildir. Embriyoloji laboratuvarlarında da klinik anlamda benzer durumlarla karşılaşılabilir. Embriyolog tedavi sırasında oosit kalitesi, fertilizasyon oranları veya embriyo kalitesi gibi kıymetli bilgiler elde eder. Bu bilgilerin bir sonraki uygulamada başarı şansını artırabilmek açısından önemi vardır. Hasta merkez değiştirirken hem hekim açısından hem de laboratuvarında elde edilen sonuçlar açısından kayıplara uğramaktadır.

Türk toplumunda evlilik, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulmaktadır. Aileler için çocuk sahibi olmak maddi ve manevi pek çok beklentiyi karşılamak anlamına gelmektedir. Ancak infertilite tanısı almış olan bireyler için bu tür beklentiler sonuçsuz kalmakta ve bireylerde özellikle sosyal ve psikolojik yönden beklenenin dışında tepkiler ortaya çıkabilmektedir. İnfertilite tanısı alan kadınların ve eşlerinin yarısından fazlasının çocuk sahibi olamadığı için utanma, kendini ezik-çaresiz hissetme, kendini suçlama, üzülmeye, v.b. olumsuz duygular hissettiği, infertilitenin asıl nedeni ne olursa olsun kadınların bu durumdan kendilerini sorumlu tuttuğu ve baskı hissettikleri literatürde belirtilmektedir (3,10,13,64,68,76). Çalışmamıza katılan ve kendisini doğurganlık sorunları nedeniyle baskı altında hissettiğini ifade eden kadınların duygusal, zihin-beden ve sosyal alt boyut puan

ortalamları literatürü destekler şekilde baskı hissetmeyen kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ).



## 8. SONUÇ

Araştırmanın varsayımları ışığında elde edilen sonuçlar bu bölümde özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan olguların;

- %76,5'inin sağlıklarını genel anlamda iyi olarak değerlendirdikleri,
- %72'sinin yaşam kalitesini genel anlamda iyi düzeyde algıladıkları,
- Tedavi sürecinde en fazla (%21,1) oranda yumurta toplama işleminde zorlandıkları,
- Çocuk sahibi olamama nedeniyle %51,1'inin baskı hissettiği ve bunların % 23,3 ile en yoğun baskıyı kendilerinden hissettikleri,
- En yüksek hayat kalitesi puanı çekirdek modülde; ilişkisel alt boyutta (79,21), tedavi modülünde ise; tedavi çevresi alt boyutunda olduğu (ortalama: 80,23),
- Olguların FertiQol hayat kalitesi ölçeğinin duygusal (62,96) ve tedavi tolerasyonu (66,52) alt boyut puanlarının düşük olması bu alt boyutlarda olumsuz etkilenim olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular araştırmanın “infertilite tedavisi kadınların yaşam kalitesini etkiler” varsayımını kısmen doğrulanmaktadır.

Ölçek alt boyutları sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde;

- Şehirde yaşayan kadınların diğerlerine göre hayat kalitesi puan ortalamalarının ilişkisel alt boyutta anlamlı ( $p<0.05$ ) ve sosyal alt boyutta ise ileri düzeyde anlamlı ( $p<0.01$ ) derecede yüksek olduğu,
- Çalışan kadınların çalışmayanlara göre sağlıklarını iyi olarak değerlendirdikleri ve hayat kalitesi sosyal alt boyut puanının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Üniversite mezunu olan kadınların hayat kalitelerini daha iyi algıladıkları ve puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- 3000 TL ve üzerinde gelir durumuna sahip kadınların sağlıklarını genel anlamda iyi olarak değerlendirdikleri ve hayat kalitelerini daha iyi algıladıkları ve puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır.

Bu bulgular “infertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların sosyo-demografik değişkenlerine göre farklılık gösterir” varsayımını doğrulamıştır.

Ölçek alt boyut puanlarının evlilik, doğurganlık ve üreme sağlığı ile ilgili özelliklere göre analizleri incelendiğinde;

- Evlilik sonrası iki yıldan sonra çocuk sahibi olmak isteyen kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamalarının tedavi tolerasyonu alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Yaşayan çocuğa sahip olan kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamalarının duygusal, zihin/beden, tedavi çevresi ve sosyal alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Kendinde üreme sağlığı sorunu yaşayan kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamalarının zihin/beden ve tedavi tolerasyonu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

Bu bulgular “infertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların evlilik, doğurganlık ve üreme sağlığı ile ilgili özelliklerine göre farklılık gösterir” varsayımını doğrulamıştır.

Ölçek alt boyut puanlarının infertilite ve tedavisi ile ilgili özelliklere göre analizleri incelendiğinde;

- 4 yıl ve üzeri süredir gebe kalamayan kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamalarının duygusal ve zihin/beden alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ( $p<0.05$ ),
- Tedavi süresi kısa (0-2 yıl) olan vakaların hayat kalitelerini daha iyi algıladıkları ve hayat kalitesi ölçek puan ortalamasının tedavi çevresi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),
- Kurum/hekim değişikliği yapan kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamasının duygusal alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ( $p<0.05$ ),
- Doğurganlık sorunu nedeni ile kendini baskı altında hisseden kadınların hayat kalitesi ölçek puan ortalamalarının duygusal, zihin-beden ve sosyal alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

Bu bulgular “infertilite tedavisinin yaşam kalitesine etkisi olguların infertilite geçmişi ve yapılan tedavi ile ilgili özelliklerine göre farklılık gösterir” varsayımını doğrulamıştır.



## ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

- İnfertilitenin, birey ve ailenin yaşam kalitesini etkileyen bir sorun olduğu sunulan çalışmada da gösterilmiştir.
- Bu nedenle infertilite tedavi sürecinde yer alan hemşireler, birey ve ailelerin yaşam kalitelerindeki etkilenimlerini de değerlendiren bütüncül bir yaklaşım geliştirmelidirler.
- Bu değerlendirmeyi yapabilmek ve tedavi sürecinde etkilenen alanları belirleyebilmek için tedaviye başvuran kadınlara bir yaşam kalitesi ölçeğinin rutin olarak kullanılması uygun olacaktır.
- Araştırmadan elde edilen verilere; göre sosyo-ekonomik durumu düşük olan, infertilite süresi ve tedavi süresi uzun olan, primer infertil, sekonder infertil olup yaşayan çocuğa sahip olmayan, kurum\hekim değişikliği yapan gruplarda yaşam kalitesinin daha yüksek oranda olumsuz etkilenmesi nedeniyle, bu grupların önceden risk grubu olarak belirlenmesi ve daha duyarlı yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir.
- Literatürde yapılan birçok çalışmada da infertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Sunulan çalışmada da hayat kalitesi alt boyutlarında en düşük puanın duygusal alt boyutta olduğu, olguların yarısından fazlasının infertilite sorunu nedeni ile kendilerini baskı altında hissettikleri saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında infertil çiftleri profesyonel olarak destekleyecek psikolojik servislere ihtiyaç olduğu yadsınamaz. Dünyanın pek çok ülkesinde infertilite ekibi içinde yer alan psikolojik destek servislerinin ülkemizde de yaygınlaşması gereklidir. Bu desteğin yalnızca belli dönemlerde değil tedavinin başlangıcında, tüm tedavi boyunca ve hatta sonrasında da devam etmesi yararlı olacaktır.
- İnfertilitenin yaşam alanlarının tümünü etkileyen çok boyutlu bir durum olması nedeniyle standart yaşam kalitesi ölçekleri ile yapılan çalışmalar kişilerin etkilenimlerini tam olarak ortaya çıkaramayabilir. Bu nedenle soruna özel geliştirilen ölçeklerle çalışmalar yapılması daha güvenilir sonuçlara ulaştıracaktır. Ülkemizde FertiQol ölçeği kullanılarak yapılan iki çalışma bulunmaktadır. Belen'in

(2012) alışmasının rnekleml sayısı 122, Karabulut ve arkadaşlarının (2013) alışmasının rnekleml sayısı 273 tür.

- Türkiye'deki infertil popülasyonun yaşam kalitesi bağlamında etkilenimini gösterecek nitelikte üreme sağlığı sorunlarına spesifik olarak geliştirilmiş FertiQol ve benzeri ölçeklerle ve daha geniş gruplarla prospektif çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



## 9. TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında yanımda olan, gösterdiği sabır, anlayış ve engin bilgi ve tecrübesi, bilimsel katkıları ile eğitimim ve tez dönemi boyunca bana destek olan, değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hacer Erten Yaman'a,

Araştırmamın yapılması için onay ve destek veren Özel Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi yöneticileri ve ünite sorumlu doktorumuz Nuri Delikara'ya,

Araştırmamın her aşamasında yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Canım Annem ve Babama,

Araştırmamın istatistiksel bölümünde yardımlarını esirgemeyen hocam Mehmet Akif Karakuş' a

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

Ve tüm dostlarıma gönülden,

TEŞEKKÜR EDİYORUM.

## 10. KAYNAKLAR

1. Gülaçtı N. Sanatsal Bir Objeye Olarak Kadın Ve Bazı Toplumlarda Kadına Bakış. *İdil Dergisi*. 2012, 2:76-91
2. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*. 2012, 2:80-85.
3. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *J Turk Obstet Gynecol Soc*. 2008, 2:105-10.
4. Teskereci G. İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (2010). (Danışman: Doç.Dr.Semra Öncel).
5. Akyüz A. İnfertilite Tanı Ve Tedavi Sürecinde Eğitim Ve Danışmanlık. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi. Ed: Prof.Dr.Haldun Güner. 2007.
6. Başak E.B. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesinde Ocak 2005-Agustos 2006 Tarihleri Arasında Tedavi Gören Hastaların Klinik Gebeliği Üzerinde Bazı Parametrelerin Etkileri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (2007). (Danışman: Prof.Dr.Birkan Yakan).
7. Hassa H. IVF Tarihiçesi. İnfertil Olgulara Klinik Yaklaşım Ve IVF Laboratuvar Uygulamaları. Ed: Hassa H. Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Osmangazi Üniversitesi Basımevi, 2003.
8. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2008). (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp).
9. Artar G. Tüp Bebek Başarısızlıklarında Klinik Etmenler. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (2009). (Danışman: Prof. Dr. C. Tamer Erel).
10. Koçyigit O.T. İnfertilite Ve Sosyokültürel Etkileri. *İnsanbil Derg*. 2012, 1:27-38.

11. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008, 4:112-121.
12. Kargın M. İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (2009). (Danışman: Dr. Satı Ünal).
13. Bayram G.O. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (2009). (Danışman: Nezihe Kızılkaya Beji).
14. Kırço T. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2009). (Danışman: Yard. Doç.Dr. Ayten Dinç)
15. Kılıç M, Apay E. S, Beji N.K. İnfertilite Ve Kültür. *İ.U.F.N. Hem. Derg.* 2011, 2:109-115.
16. Aşçı Ö, Beji N.K. İnfertilite Danışmanlığı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012, 2:154-159.
17. Eren N. İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara, (2008). (Danışman: Prof.Dr. Behçet Coşar).
18. Dilek N. Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2009). (Danışman: Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji)
19. Aktürk F.S. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (2006). (Danışman: Doç.Dr.Mehmet Yılmaz).
20. Attar E, Ata B. İnfertilite. Gomel'in Jinekolojisi. Ed:Attar E. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.
21. Yumru A, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım Ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi (Approach To The Infertile Couple Nd Choice Of The Optimum Patient For In Vitro Fertilization). *JAREM*. 2011, 1: 57-60.

22. Martin-du Pan RC, Campana A. Physiopathology Of Spermatogenic Arrest. *Fertility and Sterility*. 1993, 60(6):937-946.
23. Günalp S, Güven E.S. Erkek İnfertilitesi. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ed: Erk A, Günalp S. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
24. Bozhedomov VA1, Lipatova NA, Rokhlikov IM, Alexeev RA, Ushakova IV, Sukhikh GT. Male Fertility And Varicocoele: Role Of İmmune Factors. *Andrology*. 2014, 2:51-8.
25. Wosnitzer MS1, Goldstein M. Obstructive azoospermia. *Urol Clin North Am*. 2014, 41:83-95.
26. Çiçek N. Temel Üreme Endokrinolojisi Ve İnfertilite. Ankara, Palme Yayınları, 2008.
27. Çağlar B. İnfertil Olgularda Gonadotropinli Süperovulasyon Siklusları İle Klomifen Sitratlđ Minimal Stimülasyon Sikluslarının Sonuçları. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (2005). (Danışman: Dr.Ali İsmet Tekirdağ).
28. Demirtürk F, Çalışkan A.C. Kadın İnfertilitesi. Ed: Erk A, Günalp S. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2007.
29. Gürgan T, Demirel A. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006.
30. Eryılmaz H, Ekşi Z, Ertuğrul E. İnfertilite Tanı Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. İnfertilite Hemşireliği. Ed: Beji N.K. İstanbul, 2009.
31. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2002, 4:229-232.
32. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2013, 2:162-178.
33. Algül T. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezinde 1999-2008 Yılları Arasında İn Vitro Fertilizasyon/İntrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu Uygulanan Sikluslarda Mevsimsel Değişkenliğin Etkisinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (2010). (Danışman: Prof.Dr.Recep Onur Karabacak).

34. Gürsoy R.H. ICSI Tüm Olgularda Uygulanmalı Mıdır?. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi. Ankara, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın, 2008.
35. Bayram G.O, Beji N.K. İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır?. *Androloji Bülteni*. 2011, 44:51-53.
36. Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç. Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011, 3: 166-76.
37. Avcı N, Beji N.K. Toplumlarda cinselliğe bakış, etkileyen faktörler. *Androloji Bülteni*. 2011, 45:155-159.
38. Yıldız H. Cinsel işlev bozukluğunun tanılanmasında eşlere yaklaşım. *Androloji Bülteni*. 2010, 43:309-312.
39. Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A: Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertility and Sterility*. 2003, 79: 909-912.
40. Norten JE, Schilling EA, Couchman GM, Walmer DK: Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. *Fertility and Sterility*. 2003, 76:28.
41. Küçük L. İnfertilite çiftlerin ruh sağlığını nasıl etkiliyor?. *Androloji Bülteni*. 2010, 40:35-36.
42. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., van der Spuy, Z.M. 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*. 2002,17; 1663-8.
43. Özmete E. Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri:Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel\Materyal Refahın Algılanması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2010.
44. Ataman H. Doğal Ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2007). (Danışman: Prof.Dr.Hediye Arslan).
45. Koltarla S. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008, (Danışman: Uzman Dr. Erhan Sayalı).

46. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004, 2:81-85.
47. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007, (Danışman: Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak).
48. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi Ve Depresyon. Şişli Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006 (Doç.Dr.Yüksel Altuntaş).
49. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004, 8 (1).
50. Belen S. The Relationship Between Perceived Quality Of Life And Coping Skills In Individuals Regarding Fertility Problems. Bogaziçi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2012). (Danışman: Prof. Dr Z.Hande Sart).
51. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality Of Life (FertiQoL) Tool: Development And General Psychometric Properties. *Human Reproduction*. 2011, 1-8.
52. Aarts J.W.M, Empel van I.W.H, Boivin J, Nelen W.L, Kremer J.A.M, Verhaak C.M. Relationship Between Quality Of Life And Distress In Infertility: A Validation Study Of The Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*. 2011,5: 1112-1118.
53. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health –related quality of life women. *Hum Reprod* . 2011, 4:80-85.
54. <http://psych.cf.ac.uk/fertiqol/description/index.html>
55. Türkiye İstatistik Kurumu. Hane Halkı İşgücü İstatistikleri Şubat 2014 erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16007>
56. Türkiye Haber Bülteni.26.12.2013.  
erişim:<http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/aclikaralik13.pdf>
57. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008  
erişim:<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml>

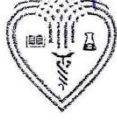


58. Özdemir İ, Yıldırım U, Demirci F, Duras G, Yücel O. Düzce’de Yaşayan 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemi Kullanma Ve Kullanmama Nedenleri. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002, 4:19-22.
59. Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışları. *Fırat Tıp Dergisi*. 2009: 14:237-241.
60. Holter H, Anderheim L.A, Bergh, C, Möller, A. First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Hum. Reprod*. 2006, 12:3295-3302.
61. Drosdzol, A. ve Skrzypulec, V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2008, 3:271-281.
62. Sömek A. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (2008). (Danışman: Yard.Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin).
63. Oğuz H.D. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığı, Evlilik İlişkileri Ve Cinsel Yaşama Etkileri. Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (2004). (Danışman: Uz.Dr.Latif R.Alpkan).
64. Kırca N İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (2011). (Danışman: Prof.Dr.Türkan Pasinlioğlu).
65. Lau, J.T.F, Wang, Q, Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X., & Tsu, H.Y. Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008, 34:248-267.
66. Karabulut A, Özkan S,Oğuz N. Predictors Of Fertility Quality Of Life (FertiQoL) İn Infertile Women:Analysis Of Confounding Factors. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*. 2013, 170:193–197.
67. Pei-Yang Hsu, Ming-Wei Lin, Jiann-Loung Hwang , Maw-Sheng Lee , Meng-Hsing Wu. The Fertility Quality Of Life (FertiQoL) Questionnaire İn Taiwanese

- Infertile Couples. *Taiwanese Journal Of Obstetrics & Gynecology*. 2013, 52:204-209.
68. Monga, M, Bogdan, A., Katz, S.E., Stein, M., Ganiats, T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*. 2004, 1:126-130.
  69. Hassanin İ. M. A, Abd-El-Raheem, T, Shanin, A. Y. Primary infertility and health-related quality of life in upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010, 2:118-121.
  70. Onat G, Beji N. K. Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sex Disabil*. 2012, 30.
  71. Bolsoy N, Taşpınar A, Kavlak O, Şirin A. Differences İn Quality Of Life Between Infertile Female And Men İn Turkey. *JOGNN* . 2010, 39:191-198.
  72. Pearson HL. The stigma of infertility. *Nursing Times*. 1992; 88:36-8.
  73. Devine K, Stillman RJ, Decherney A. The Affordable Care Act: Early Implications For Fertility Medicine. *Fertility And Sterility*. 2014, 101: 1224-1227.
  74. Wu AK1, Elliott P, Katz PP, Smith JF. Time Costs Of Fertility Care: The Hidden Hardship Of Building A Family. *Fertility And Sterility*. 2013, 99:2025-30.
  75. Farzadi L, Ghasemzadeh A. Two Main Independent Predictors of Depression Among Infertile Women: An Asian Experience. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008, 47:163-167.
  76. Greil AL, Shreffler KM, Schmidt L, McQuillan J. Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Hum Reprod*. 2011, 26:2101-12.

## EKLER

### EK 1



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/50  
KONU: Anket hk.

TARİH :26/01/2013

KADIKÖY FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aynur Sinem UĞUR'un, Yard. Doç. Dr. Hacer ERTEN YAMAN'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK 2



T.C

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Sayı:KFNH.2007/155

11.03.2013

Konu: Anket çalışması hak.

B.30.2.İBÜ.042.00.00/50 sayılı ve 26.01.2013 tarihli ilgili yazınızda belirtilen İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aynur Sinem UĞUR'un tez çalışması uygundur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Mesul Müdür

Dr. Gül KIRIMLI



## HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU ( RIZA, İZİN) FORMU

**Proje Adı:** İnfertilite Tedavisi Alan Kadınlarda Üreme Problemlerinin Fiziksel, Duygusal, Sosyal ve İlişkisel Yaşam Alanlarına Etkisi

Yaşam kalitesi bireyin umutları ve beklentileri ile bunların gerçekleşmesi arasındaki farkı yansıtmaktadır. Araştırmalar doğurganlık sorunu yaşayan ve bununla ilgili tedavi alan kadınlarda yaşadıkları bu sürecin; onların genel hayat refahlarına, tedavi başarılarına, tedaviye devam etme veya bırakma isteklerine etkisi olduğunu göstermektedir. Hemşireler infertilite tedavisi alan kadınlarla en fazla bir arada olan profesyonel ekip üyeleri olarak, onların yaşadıkları sorunlarla baş etmelerine ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkıda bulunabilirler.

Araştırma; doğurganlık sorunu yaşayan ve tedavi alan kadınların yaşam kalitelerinin bu süreçten nasıl etkilendiğini saptamak amacıyla planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar, doğurganlık sorunu yaşayan kadınların bu sorunlarının yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılabilirsiniz.

- Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmamış olmanız çalışmaya katılan diğer bayanlardan farklı muamele görmeye neden olmayacaktır.
- Araştırma sırasında size ait bilgilerin gizliliğine önem verilecek, vermiş olduğunuz bilgiler kesinlikle kimseyle paylaşılmayacak, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır.
- Çalışmada, 2 adet anket formu uygulanacaktır. Bölüm 1, sosyo-demografik özelliklerin irdelendiği “Tanılama Formu ( EK 1); Bölüm 2, yaşam kalitesinin değerlendirildiği “FERTİQOL Ölçeği ‘inden (EK 2)’ oluşmaktadır.

İlgi ve katkınız için teşekkür ederim.

**Araştırmacı:** Aynur Sinem Uğur

**Bu bölüm, hasta tarafından okunduktan sonra doldurulup imzalanacaktır.**

Yapılacak olan araştırmanın; amacı, süresi, uygulanacak yöntemler ve yararları konusunda bilgilendirildim.

- Bu belgede tanımlanan anketin uygulanmasını:
  - KABUL EDİYORUM.  KABUL ETMİYORUM.
- Bana uygulanacak anketin, kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmasına:
  - İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM
- Kimliğimin gizli tutulması ve yalnızca eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlı kullanılması koşulu ile bilimsel toplantı ve dergilerde sunulmasına:
  - İZİN VERİYORUM  İZİN VERMİYORUM

HASTANIN:

Tarih: .....

Adı-Soyadı: .....

İmza:

## EK 4

### TANILAMA FORMU

#### 1-Aile biçiminiz nedir?

A) Çekirdek aile (eşim- ben – varsa çocuğum)

B) Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyorum

C) Kendi ailem ile birlikte yaşıyorum

#### 2- Eğitim durumunuz nedir?

A)İlkokul

B) Ortaokul

C) Lise

D) Üniversite

E)

Diğer.....

#### 3- Gelir durumunuz nedir?

A) 0-1000TL

B) 1000-2000 TL

C) 2000-3000 TL

D) 3000 TL üzeri

E)

Diğer.....

#### 4- Evlilik biçiminiz ?

A) Görücü usulü

B) Tanışarak

#### 5- Evlendikten ne kadar süre sonra çocuk sahibi olmak istediniz ? .....

#### 6- Çocuk sahibi olmaya karar vermeden önce korunma yöntemi kullandınız mı?

1) Evet

2) Hayır

#### 7-Hangi yöntem(ler)le korundunuz?:

1)Hap

2)Spiral

3)Kılıf

4) İğne

5)Eşim korundu

6)Diğer (Açıklayın).....

#### 8- Kullanmış olduğunuz korunma yönteminin çocuk sahibi olamamanıza neden olduğunu düşünüyor musunuz?

1)Düşünüyorum

2) Düşünmüyorum

#### 9-Siz ya da eşinizde üreme organları ile ilgili herhangi bir sağlık problemi oldu mu?

**EŞİNİZ ;**

**KENDİNİZ :**

1) Evet (Açıklayın ) .....

1) Evet (Açıklayın) .....

2) Hayır

2) Hayır

10- Kaç yıldır gebe kalamama problemi yaşıyorsunuz? .....

**11-Tedavi almaya kimin isteği ile başladınız?**

1)Benim                      2) Eşimin                      3) Her ikimizi                      4) Diğer.....

**12- Çocuk sahibi olmak için kaç yıldır tedavi görüyorsunuz?** .....

**13- Bu sürede kurum ya da hekim değişikliği yaptınız mı?**

1-Evet (kaç kez).....                      2- Hayır

**14- Tedavi masraflarınızı kim karşılıyor?**

A) Kendim    B)Eşim                      C)Her ikimiz    D) Ailem ve yakınlarım destek oluyor

E) Diğer.....

**15- Çocuk sahibi olamamanızın nedenini öğrendiniz mi?**

1) Evet                      2) Hayır

**16- Çocuk sahibi olamamanızın sizce nedeni nedir?**

.....

**17-Halen yapılan tedavide sizi en çok zorlayan uygulama hangisi oldu?**

- 1) Tedavi için çok sık hastaneye gelirken
- 2) Kan verirken
- 3) Ultrasonografi yapılırken
- 4) Evde iğne yaparken
- 5) Planlanan zamanlarda cinsel ilişkide bulunurken
- 6) Yumurta toplanırken
- 7) Embriyo transferi yapılırken
- 8) Herhangi bir sıkıntı olmadı
- 9) Diğer:.....

**18- Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?**

A) Evet                      B) Hayır

**19 - Evet ise en yoğun baskıyı kimden hissettiniz?**

A) Kendimden                      B) Eşimden                      C) Kendi ailemden

D) Eşimin ailesinden                      E) Arkadaşımdan                      F) İş yerimden

G) Diğer(Açıklayınız).....

## FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

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

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Çok kötü	kötü	ne iyi ne kötü	iyi	çok iyi
A	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunuz, ne memnun değilim	memnunuz	çok memnunuz
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Tamamen	epeyce	ortalama	biraz	hiç
Q 1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunuz, ne memnun değilim	memnunuz	çok memnunuz
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkeliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## FertiQol International

### İsteğe bağlı Tedavi Modülü

Doğurganlık tedavisine (her türlü tıbbi muayene veya müdahale dahil olmak üzere ) başladınız mı? Başladıysanız lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Her soru için duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz. Cevaplarınızı şu an geçerli olan duygu ve düşüncelerinize göre veriniz. Bazı sorular özel hayatınızla ilgili olabilir, fakat bu sorular hayatınızın tüm alanlarını değerlendirebilmek için gereklidir.

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