



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ İLE TEDAVİ OLAN ÇİFTLERİN  
EMOSYONEL TEPKİLERİNİN BELİRLENMESİ

NURAY DİLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof.Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL -2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nuray DİLEK tarafından hazırlanan  
**“Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi”**  
konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :29.09.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ  
:İstanbul Üni. Florence Nigh. HYO  
(Danışmanı)

.....  


Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Ayten DİNÇ  
: Serbest

.....  


Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ  
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

.....  


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun  
görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....  


Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## TEŐEKKÜRLER

Yüksek Lisans eğitiminin süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteklerini sağlayan değerli Hocam Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, klinik çalışmalarında desteklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı, Tüp Bebek Ünitesi Başkanı Sayın Prof. Dr. Sezai Şahmay'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı, Tüp Bebek Ünitesine başvuran, gönüllü olarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm çiftlere, çalışmam süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı, Tüp Bebek Ünitesinde çalışan değerli meslektaşlarıma ve personeline teşekkürü bir borç bilirim.

Nuray DİLEK

Eylül 2009

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	4-5
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	
4.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı	6-7
4.2. İnfertiliteye Tarihsel Bakış	8-10
4.3. İnfertiliteye Psikolojik Tepkiler	11-12
4.4. İnfertiliteye İlişkin Psikolojik Teoriler	12-13
4.5. Kadın ve Erkek Psikolojik Tepkiler	14-17
4.5. İnfertilite Krizinin Evreleri	17-18
4.6. İnfertiliteyle İlgili Suçluluk Duyguları	18-19
4.7. İnfertiliteye Psikolojik Reaksiyonlar	19
4.8. Psikolojik Stresin Tedaviyi Bırakma Oranına Etkisi	20-21
4.9. İnfertil Çiftlerin Tedavi Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı	21-25
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
5.1. Araştırmanın Şekli	26
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikler	26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
5.4. Veri Toplama Araçları	26
5.5. Uygulama	31
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
5.7. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar	31-32
<b>6. BULGULAR</b>	
6.1. Çiftlerin Tanıtıcı Özellikleri, Evlilik ve İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular	33-35
6.2. Çiftlerin İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular	35-43
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	48-49
<b>8. EKLER</b>	
8.1. Ek 1	52-56
8.2. Ek 2	57-61
<b>9. KAYNAKLAR</b>	
<b>10. ÖZGEÇMİŞ</b>	66-67
<b>11. ETİK KURUL ONAYI</b>	68

## SİMGELER VE KISALTMALAR

IVF	İn Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
IUI	İntra Uterin İnseminasyon
ICSI	İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu
hCG	Human Koryonik Gonadotropin
OPU	Oosit Pick Up
YÜT-PDT	Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme Testi
CVI	Content Validity Index

## TABLULARIN LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1 :</b> Çiftlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	34
<b>Tablo 2 :</b> Çiftlerin İnfertilite Öykülerine Yönelik Verilerin Dağılımı	35
<b>Tablo 3 :</b> Çiftlerin YÜT-PDT Toplam Puanlarına İlişkin Verilerin Dağılımı	36
<b>Tablo 4 :</b> Çiftlerin YÜT-PDT Maddelerine İlişkin Şiddet Düzeylerine Yönelik Verilerin Dağılımı	38
<b>Tablo 5 :</b> Çiftlerin İnfertilite Süresi ve Nedenleri ile YÜT-PDT Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Verilerin Dağılımı	39
<b>Tablo 6 :</b> İnfertilitenin, Çiftlerin İlişkilerine ve Çevreleriyle olan İletişimlerine Etkilerine İlişkin Verilerin Dağılımı	40
<b>Tablo 7 :</b> Eşin Verdiği Tepkilere Yönelik Verilerin Dağılımı	42
<b>Tablo 8 :</b> Çiftlerin Evlat Edinme ve Donasyonla İlgili Görüşlerine Ait Verilerin Dağılımı	43

Hemşire Nuray DİLEK, “YÜT (Yardımcı Üreme Teknikleri) ile Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi,” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

## ÖZET

Araştırma, daha önce en az bir kez IVF tedavisi görmüş çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi amacıyla uygulandı.

Araştırmanın evrenini Ocak-Temmuz 2009 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tüp Bebek ünitesine başvuran çiftler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise en az 1 kez IVF tedavisi görmüş çalışmaya katılmayı kabul eden olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen 80 çift oluşturmaktadır.

Araştırmada veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için Tanıtıcı bilgiler içeren soru formu ve Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik değerlendirme Testi (YÜT-PDT) (Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Techniques PET-ART) kullanılarak toplandı. Veri toplama araçları, karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulandı. Verilerin dağılımını göstermek için erkek ve kadınların sorulara verdikleri cevapların yüzdelikleri hesaplanmış, verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi, Tek yönlü varyans analizi, student t testi kullanıldı.

YÜT-PDT ölçeği için kesme noktası puanı 30.5 olarak belirlendi. Kadınların YÜT-PDT toplam puanı  $31.51 \pm 5.07$ , erkeklerin YÜT-PDT toplamı  $28.31 \pm 5.88$  idi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü.

Çiftlerin en fazla hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendikleri zaman ve hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresinde endişe duydukları, üzüldükleri saptandı.

Çalışmada; çiftlerin, her ikisinde IVF tedavisi boyunca emosyonel olarak bu durumdan etkilendikleri, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla emosyonel sorun yaşadıkları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, psikoloji, psikolojik değerlendirme testi, yardımcı üreme teknikleri

Nurse Nuray Dilek, Evaluation of Emotional Reaction after YUT (Assisted Reproduction Technique), University of Halic, Graduate School of Health Science, Nurse Program Dissertaion, İstanbul 2009

## **SUMMARY**

The aim of the research was to evaluate the emotional reaction of couples who at least had one IVF treatment.

The population of the study consisted of couples who applied to Cerrahpasa Medicine Faculty, Infertility unit between january and july 2009. The sample included 80 voluntary couples chosen by improbability sampling method among couples who had ivf treatment at least once.

Data of the research was obtained by using a questionnaire form which included social-demographic characteristic and explanatory information of patients, and Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Techniques (PET-ART). Questionnaires were administered by face to face interview method. To demonstrate variation of data percentage has been calculated over the answer given by man and women to questions and  $\chi^2$  square test, one way variance analysis and student test have been applied to compare data statistically.

The cut-of point for PET-ART (Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Techniques) scale was designated as 30.50. The total PET-ART score was  $31.51 \pm 5.07$  for women and  $28.31 \pm 5.88$  for men. The difference was accepted as statistically significat.

It was detected that couples most commonly feel anxious during the waiting period before pregnancy test and when they learn that the test is negative.



It has been determined that, couples either man and women emotionally have been affected from the situation they are experiencing, and women are encountering more emotional stress rather than men.

Keywords: Infertility, psychology, psychological evaluation test, assisted reproduction techniques

# GİRİŞ

## Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, üreme çağındaki bir çiftin bir yıl düzenli cinsel yaşam ve korunmamasına rağmen, üremenin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır (3,19,25,33). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre toplumdaki sıklığı %10-15 olan infertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir (6,8,10,11,18,20,31).

Çocuk sahibi olmak toplumsal bir sorumluluktur. Evli bir çift, istediği halde bu sorumluluğu yerine getiremediğinde yaşamında "aile olma" hedefini tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Bu durum eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizi ve sağlık problemi olarak açığa çıkar (6,11,23,26,27,31,32).

İnfertilitenin bireylerin emosyonel ve psikolojik fonksiyonları üzerinde birçok etkisi vardır. Bu etkiler infertilite süresi, tedaviye devam etme ve bireylerin adaptasyon kapasiteleri, prognozları, infertilite nedeni ve emosyonel desteklerine göre değişir(1,2,14,20).

İnfertilite nedeni hakkında henüz bir bilgi yokken çiftlerin her biri kendini suçlayabilir ya da öfkesini eşine yansıtabilir. Ayrıca, çift oldukça güçlü bir şekilde çocuk istemelerine karşın aynı zamanda bağımsızlıklarının ve oluşturacakları yaşam tarzından dolayı ebeveynlik rolünden korkup anksiyete yaşayabilirler. Bedene karşı öfke ve hayal kırıklığı "neden ben " ya da bunu hak edecek ne yaptım" ön plana çıkabilir. Hamile ya da çocukları olup fiziksel, zihinsel ve maddi stres yaşamayanlara karşı öfke oluşabilir. Cinsel dürtüler azabilir, çünkü artık cinsellik kendiliğinden olmaktan çıkmış, programlanmış, hatta doktor kontrolüne girmiştir. Başkalarından durumu saklama ihtiyacı doğabilir. Herkese açıklama yapma durumundan kaçınmak için aile ve arkadaşlarla olan ilişkilerden uzaklaşılabilir. İnfertilite bu durumların sonucunda sadece üreme fonksiyonu ile ilgili bir durum değil aynı zamanda sosyal ve

psikolojik etkilenmeye de neden olan potansiyel bir kriz olarak ortaya çıkar (11,14,20,28,31).

Tedavi sürecinde çiftlere, ilaçları doğru zamanda ve doğru şekilde kullanmak, gerekli cinsel perhizi yapmak, uygulamalar için doğru zamanda doğru yerde bulunmak gibi uzunca listelenebilecek bir dizi sorumluluklar yüklenmektedir. Çiftlerin bu sorumluluğu yerine getirebilmek için tedavi sürecinin basamaklarını ve amaçlarını çok iyi anlamaları gereklidir. Üreme teknolojisi, konuya çok yabancı çiftler için çok karmaşık ve korkutucu olabilir. Bu bilinmezlik infertilitenin oluşturduğu duygusal etkilenmelerin üstünde stres yaratabilir (31).

İnfertilite tedavisi, IVF uygulamaları kontrol kaybı, suçluluk duygusu, kayıp, depresyon ve yas süreci yaşanmasına neden olur. Başarısız IVF denemeleri çiftin biyolojik yolla çocuk sahibi olamayacağı gerçeğini kavramasına yol açar, acılı süreç yoğunlaşır. Çiftler evlilik ilişkilerini tehdit altında hisseder (2,5,16,31).

Ülkemizde infertilitenin evlilik yaşamı ve çiftlerin emosyonel durumu üzerine olan etkilerini araştıran çalışmalar yapılmıştır (14,15,20,27). Ancak yapılan literatür taramasında başarısız IVF tedavisinden sonra çiftlerin emosyonel durumlarını inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

### **Araştırmanın Amacı**

Araştırma YÜT (Yardımcı Üreme Teknikleri) ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## GENEL BİLGİLER

### İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

İnfertilite, üreme çağındaki bir çiftin kontrasepsiyon uygulamadan en az bir yıl süren düzenli bir cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamaması olarak tanımlanır (3,19,25,33).

Bir kadının hiç gebe kalamaması durumunda primer infertilite, bir ya da daha fazla gebelik öyküsünün varlığında sekonder infertilite söz konusudur. 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 düşünülmektedir (3,22,33).

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 (3,19,22,33).

A.B.D 'de doğurganlık çağındaki çiftlerin %10-15 'inde infertilite sorunu görülmektedir. İnfertilite oranı A.B.D'de genel olarak stabil olmasına karşın, son yıllarda infertilite kliniklerine başvuru sayısında önemli ölçüde bir artış gözlenmiştir. 1968-1984 yılları arasında infertilite kliniklerine başvuru sayısı üç kat artarak bugünkü oran olan yıllık 1.6 milyon başvuruya ulaşmıştır (3.2). Bu artışın en önemli nedenleri arasında medyada son zamanlarda yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ve diğer infertilite tedavileri ile ilgili yayınların artması ve bunun sonucunda toplumun sorunla ilgili bilgilerinin artması; ikinci dünya savaşı sonrasında oluşan nüfus patlaması sonucu doğan kuşağın doğurganlık çağına gelmesi; ve sosyolojik değişiklikler sonucu geç evlenme ve çocuk doğurma yaşının ertelenmesi sayılabilir. İnfertilite tedavileri ilgili bilgilenmedeki artışa karşın, infertil çiftlerin sadece %43'ü tedavi için ve %24'ü ileri düzeyde bir tedavi için başvurmaktadır. Çiftlerin %2'den daha az bir bölümüne in vitro fertilizasyon (IVF) ve diğer Yardımcı Üreme teknikleri uygulanmaktadır. İleri düzey tedavi için başvuran grup genellikle 30 yaş ve üstü, beyaz ırk, evli ve göreceli olarak daha üst sosyoekonomik düzeydeki kadınlar oluşturmaktadır (31,33).

ABD Ulusal Aile Büyümesi verileri cerrahi olarak kısırlaştırılmayan çiftlerde infertilite prevalansını 1965'te %13.3, 1982'de %13.9 ve 1988'de ise %13.7 olarak göstermektedir.

ABD 'de 1990 yılında yapılan bir çalışmada her üç kadından birinin yaşamının herhangi bir döneminde korunmamasına karşın 12 aylık süreçte gebe kalamadığı görülmüştür. Yaş ve sosyoekonomik düzey gibi demografik özellikler infertilite oranını etkilemektedir. A.B.D'de genel olarak popülasyonda çocuk doğurma yaşının ertelenmesi, ileri yaşta gebe kalmaya çalışan kadınların oranında artışa yol açmıştır. Bunun sonucunda infertilite prevalansında 1965'ten beri bir değişiklik olmamasına karşın, primer infertil hasta yüzdesinde önemli bir artış görülmüştür. 1965 'te infertil kadınların altıda biri nullipar iken, 1988'de infertil kadınların yarısından fazlası daha önce hiç gebe kalamamıştır. İnfertilite prevalansı ırka ve etnik yapıya bağlı olarak önemli bir değişiklik göstermemektedir. İnfertilite tedavisine başvuran çiftlerin büyük bir bölümü yüksek sosyoekonomik düzeyden gelmesine karşın, aslında infertilite oranı düşük sosyoekonomik grupta daha yüksektir. Yüksek sosyoekonomik grubun daha fazla infertilite kliniklerine başvurmalarının nedenleri arasında bu konuda daha kolay karşılayabilmeleri ve diğer tıbbi servisleri kullanma konusunda tecrübeli olmaları sayılabilir (19,31,33).

Yapılan araştırmalarda infertilite prevalansı Rusya'da (1998) %16.7, Avustralya'da (2003) %18.4, Fransa'da (1991) %12.2, Norveç'te (2006) %6.6, İngiltere'de(2002) %10-15 olarak bulunmuştur (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminine göre infertilite tüm dünyada 50-80 milyon kadını etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde infertilite insidansı %50 gibi yüksek oranda hesaplanmıştır. Gelişmekte olan ülkelere infertilitenin daha yüksek oranda görülmesinin bir nedeni cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçişini ve sonuçlarını önlemek için antibiyotik dahil medikal tedaviye ulaşmanın daha zor olmasıdır (19,31,33).

## İNFERTİLİTEYE TARİHSEL BAKIŞ

Çocuk özlemi ve kısır olmanın neden olduğu hayal kırıklığı, insanlığın başlangıcından beri hayatın bir parçası olmuş; tarih boyunca dini yazılar, mitler, efsaneler, sanat ve edebiyatla kayıtlara geçmiştir. Nedeni biyolojik dürtüler, sosyal ihtiyaçlar veya psikolojik özlem de olsa bir veya daha fazla çocuk arayışı erkek ve kadınları birçok değişik, hatta bazen aşırıya kaçan çareler aramaya yönlendirmiştir. Gerçekte, infertilite tüm kültürlerde bireylerin, ilişkilerin ve toplumların istikrarını tehdit edebilecek bir potansiyele sahiptir. Her toplumda infertiliteye karşı kültürel olarak onaylanmış “çözümler” vardır. Bunlar tek başlarına veya birlikte uygulanabilen, sosyal ilişkilerde değişiklik (ör. boşanma, evlat edinme), dini yakarışlar (ör. dua, ruhani gücüne inanılan yerlere ziyaretler) veya tıbbi girişimlerdir (ör. Bitkilerin kullanılması, hekimlik yapan “büyücülere” başvurma) (5).

İnfertiliteye karşı alınan ruhani ve tıbbi önlemler yaygın olup, infertil çiftler tarafından erken dönemlerde tercih edilse de, ilişkilerin değişimini gerektiren sosyal çözümler son alternatif olarak görülmektedir. Tipik olarak, infertil çiftler yakın ilişkileri bozmaya veya tehlikeye atmaya gönülsüzdürler. Bunun nedeni infertilitenin geçici bir problem olduğunun umudu ve inancı yanında sosyal değişikliklerin çoğunlukla kalıcı olması olabilir. Yine aynı yanılsamadan dolayıdır ki sosyal çözümler aramadaki isteksizlik, ruhani ve/veya tıbbi müdahalelere yönelik umut ve vaatlerden dolayı olabilir. Yine de infertil çiftler infertiliteye yönelik her üç yolu da (sosyal, ruhani ve tıbbi) dener. Tarih boyunca, tüm kültürlerde bu çarelere birçok örnek görülmüştür (5,31).

İnfertiliteye karşı bulunmuş en ünlü sosyal çözümlerden biri İngiltere Kralı VIII. Henry'nin çocuk ihtiyacını (her ne kadar erkek çocuk ihtiyacı için de olsa) karşılamak için dini ve ülkesinin kanunlarını değiştirmesidir. Boşanma, poligami ve evlilik dışı ilişkiler uzun süredir infertiliteye yönelik çözümler olarak görülmektedir; tıpkı evlat edinme ve koruyucu ebeveynlik gibi. İnfertiliteye (veya erkek çocuk yokluğuna) karşı bulunmuş diğer sosyal çözümlere örnekler arasında, bazı Afrika ve Orta Doğu kültürlerinde halen devam etmekte olan birden fazla kadınla evlenme veya Doğu Asya geleneklerinde olduğu gibi en büyük erkek kardeşin kendi oğullarından birini oğlu olmayan erkek kardeşine vermesi bulunmaktadır. Sosyal ilişkilerin yeniden

düzenlenmesinde toplumun rolüne örnek olarak Güney Afrika kıyılarına yakın iki adanın halkının zaman zaman birbirlerini yağmalayarak kendi adalarındaki çocuğu olmayan kadınlar için diğer adanın küçük çocuklarını kaçırmaları gösterilebilir. Tüm bu örneklerde sosyal ilişkilerin değiştirilmesinin bir parçası olan duygusal ızdırıp ve bedel görülebilmektedir (5).

Eski çağlardan beri, kısırlığa çare olarak dini itikada yönelme veya tanrıların ve ruhların gücüne inanç tüm kültürlerde mevcuttur. Doğurganlık sembolleri, özel tanrılar ve doğurganlık törenleri ile gelenekleri Hindistan sanatı, eski İrlanda şatolarının duvarlarına işlenmiş doğurganlık tanrıçasının resimleri, özel olarak şekillendirilip boyanmış Navajo çömlüklerine kadar her yerde görülebilmektedir. Bunlara ek olarak doğurganlığı arttırdığına inanılan bazı yerlere ziyaretlere örnek olarak Hawaii'nin Maui adlı adasındaki fallik şekilli kaya veya Meksika'daki Carib kabilesinin kısır kadınlarının Isla de las Mujeres'e (Kadınlar Adası) ziyaretleri ve birçok infertil Roman Katolik kadınlarının Yugoslavya'daki Medjugorje'ye ziyaretleri gösterilebilir. İnançın rolü, infertiliteye yönelik çözüm veya teselli kaynağı olarak küçümsenemez. Dini inanç birçok infertil çift için bugün dahi önemini korumaktadır (5,31).

Tarih boyunca tüm kültürlerce bir kriz olarak tanınan infertilite, çocuk ve ebeveynliğin kadın ve erkeğe, onların ailelerine ve toplumlara olan önemini yansıtmaktadır. İnfertilite tipik olarak çare arayışlarına yönlendirse de, uygulanan çareler bireylerin tercihi, kültür, din, yer ve zamana bağlı faktörlerden etkilenerek değişiklik göstermektedir (5,9,20).

Amerika'nın koloni olduğu dönemde, çocuklar kolonilerin yayılması ve daha da önemlisi ekonomik açıdan hayatta kalabilmek için vazgeçilmez öğelerdi. Dahası, çocuksuzluk kadının günahlarının sonucu olarak görülür, kısırlığı iyileştirmeye çalışmak ise Tanrı'nın isteğine karşı gelmek sayılırdı. Kendi istekleri ile çocuk yapmayan çiftler ise ekonomik istikrara ve toplumun iyiliğine katkıda bulunmak istememekle, "kaytarmak"la suçlanırlardı. Fakat, infertilite bir çiftin çocuksuzluğa ve toplumdan dışlanmaya mahkum olduğunu göstermezdi. Birçok çift diğer aile bireylerinin çocuklarını alabilir veya kardeşlerinin çocuklarını biyolojik aileleri ile bağlarını koparmadan yasal varisleri olarak "evlat edinebilirlerdi". 18. yüzyıldaki kültürel değişiklikler aile yaşamını ve aile oluşturan kalıplarını değiştirdi; Amerikan

aileleri her şeyin paylaşıldığı bir topluluktan, evli çiftler ve çocuklarının oluşturduğu topluluklara dönüştü (5,31).

19. yüzyıldaki endüstriyel devrimden önce çocuklara ekonomik katkılarından dolayı değer verilirdi. Çocuk işçilere yönelik kanunların çıkması ile muazzam bir sosyal değişim gerçekleşti, Çocuklar işgücü olmaktan çıkıp; duygusal bağlar, ve can yoldaşlığı için değer görür oldu. Böylelikle çocuklar fonksiyonel olarak işe yaramaz, ama duygusal olarak paha biçilemez yoldaşlar oldular. Griel bu değişimin çocukların erkek ve kadın için anlamının farklı oluşunu açıklayabileceğini belirtir. Tarihte erkekler maddi ve manevi varis ihtiyacından dolayı çocuk (özellikle erkek çocuk) sahibi olmak istemişlerdir; çocuklar, tıpkı eşleri gibi, erkeklerin malı konumundaydı. Endüstriyel devrimle birlikte çocuklar ekonomik yatırım olarak özelliklerini kaybettiler ve duygusal sıcaklık ve şefkat sağlayan duygusal yatırım, dolayısı ile kadınların malı, haline geldiler. Griel'e göre erkeklerin çocuklara yönelik yatırımında azalmaya yol açan bu değişikliktir (5).

Her ne kadar infertilite oranları bir yüzyıl boyunca şaşırtıcı olarak aynı kalmış olsa da (%10-13), özellikle son 25 yılda olmak üzere infertilite tedavisine yönelim ve ulaşılabilirlik dramatik olarak artmıştır. Son üç yüzyıl boyunca Amerika'da her ne kadar erkeklerde infertilite oranı kadınlarla aynı olsa da, kadınlar haksız yere çiftin çocuk sahibi olamamasının tıbbi, sosyal ve kültürel yükünü taşımışlardır. Günümüzde, 20. yüzyılın sonunda, infertilite sosyal bir konumdan tıbbi bir rahatsızlığa dönüşmüştür: "Sosyal yollarla çocuksuzlukla başa çıkmaktan (ör. Başkalarının çocuklarının yetiştirilmesinde rol almak), tıbbi müdahalelere güvenin" öne çıktığı, infertilitenin "tıbbileştirildiği" bir değişim. Sosyal problemler evlat edinilecek çocuk grubunu kısıtlamış olsa da, yardımcı üreme teknikleri infertil, çocuksuz veya yeniden anne-baba olmak isteyen çiftlere "özel olarak dizayn edilmiş," mükemmel çocuklara sahip olma fikrini yaygınlaştırmıştır. Günümüzde infertil çift üzerindeki kültürel ve sosyal baskılar yalnızca çocuksuzluklarının bir sonucu değil, aynı zamanda onları yardımcı üreme teknolojilerini kullanmaya (en azından kullanmayı düşünmeye) yönlendirmeye yöneliktir (5,31).



## İNFERTİLİTEYE PSİKOLOJİK TEPKİLER

İnfertilite, eşlerin her ikisi içinde psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizi olarak tanımlanır (8,14,16,20,31).

İnfertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil biyolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Erikson'a göre doğurganlık yetişkin gelişiminin önemli bir dönemi olarak belirtilmektedir. İnfertil çiftlerde bu ihtiyacın karşılanmaması, gelecek ile ilgili planlarını, benlik imajını ve saygısını, ilişkilerini ve cinsellikle ilgili düşüncelerini etkiler. Bu çiftlerde beden ve cinsel işlevdeki mahremiyetin kaybı da söz konusudur (5,11,16,18,20,23,28,30).

İnfertilite aynı zamanda kişinin veya çiftin hayatlarının her kısmını etkileyebilecek tıbbi bir durumdur. İnsanların kendileri ve eşleri, aileleri ve arkadaşları ile olan ilişkileri hakkındaki değişik duygularıyla yüzleşmelerine neden olabilir. Çalışma hayatını sıklıkla etkiler ve hayata genel bakışı değiştirebilir. İnfertilite durumunu yaşayanlar için bu çoğu kez hayatlarında ilk defa kontrolün tamamen kendi dışlarında olduğunu hissettikleri bir durumdur. İnsanların büyük bir çoğunluğu sadece çok çalışarak başarılı olup hedeflerine ulaşacaklarını varsayarlar ve bunu ne zaman ebeveyn olacakları da dahildir. İnfertilite ile yüzleşmek çoğunlukla kişinin ve çiftin hayatla ilgili tecrübe ve beklentilerine ters düşer. İsteddiği zamanda gebe kalmayı başaramamak ve bu durumda kontrolün sizde olmadığını hissi hayal kırıcı ve korkutucu olabilir. Bu duygular tekrarlayan tedavi başarısızlığının mutsuzlukları ile artar. Hayatları boyunca bir gebelik oluşturup oluşturamayacaklarının ve sağlıklı bir bebeklerinin olup olmayacağını belirsizliği çok üst seviyede bir endişeye neden çocuklarına hamile yaşlarıyla çevrilidir. Giderek artan bir şekilde kızgınlık, gücenme gibi hislerle dolarlar ve kendi olağan destekçilerinden uzaklaşmaya başlarlar (2,16,20,31).

Çiftin biyolojik çocuğa sahip olmak için IVF/ET'ni son şansları olarak görmeleri, önceden var olan psikolojik hastalık veya kişisel başarının abartılması, başarısız IVF/ET denemesinden sonra artmış üzüntü tepkilerinin nedenlerindedir. Daha yakın zamanlı bir araştırmada hem kadınların hem de erkeklerin ruh hallerinin (anksiyete, depresyon, sıkıntı) yardımcı üreme tedavisi sürecinde inişleri ve çıkışları olduğunu gösterilmiştir: Oosit toplama gününde anksiyete ve depresyona artış olurken, embriyo transfer

gününde bunlarda azalma ve hamilelik testinin yapıldığı dönemde yeniden artış gözlenmiştir (5).

İnfertilite dört yönden bireylerde ruh sağlığı ve evlilik ilişkisi üzerinde olumsuz etkilere yol açar.

-Sürenin uzun olması,

-Sürecin ruh sağlığı üzerinde 'yıkıcı' etkisi

-Tedavi işlemlerinin çok karmaşık, alışılmadık ve uzun basamaklardan geçmeyi gerektirmesi,

-İn vitro fertilizasyon (IVF) sonunda elde edilen sonucun etkileri. Bu sonuç, biyolojik yolla artık çocuk sahibi olmamalarının kabul edilmesi ya da ancak büyük sıkıntılara katlanarak çocuk sahibi olunmasıdır (2,31).

## **İNFERTİLİTEYE İLİŞKİN PSİKOLOJİK TEORİLER**

Psikolojik infertilitenin tarihten önce var olduğu bilinmesine karşın, hangi şartların bu durumu oluşturduğu halen ispatlanamamıştır. İnfertilite ile ilgili eski teoriler infertilite sebebi olarak psikolojik faktörlere yoğunlaşmışken, 1970'lerde Mennings'in psikolojik zorlama teorisiyle infertilitede görülen psikolojik sorunların sebep değil, sonuç olduğu gündeme gelmiştir. Stanton ve Dunkel infertiliteye stres teorisini getirmişlerdir. Buna göre infertiliteye dair yaşanan en stresli olanlar beklenmedik, kontrol edilemez, belirsiz ve negatif bir süreç oluşudur (5,20).

Burns'ün geliştirdiği modele göre infertil çiftlerin duygusal olarak yaşamında var olan ancak fiziken var olmayan bir çocukla ilgili yaşanan yas, gerçekte var olup beklenmedik biçimde ölen bir çocukla ilgili tutulan yasin aynısıdır. Higgins' e göre yakın ilişki modeli infertilite modelini açıklar. Sandelowski ise infertilitede açıklayıcı modeli savunmuştur; buna göre kişi infertiliteyi fonksiyonel, davranışsal, ampirik ve fenomenolojik olarak tanımlayıp integre ederek acı verici yaşam deneyimlerine dahil eder. Mattheews ve Matthews ebeveynlik sürecinin bitmesi teorisiyle realite durumunun algılanmasını, kişilik değişimlerinin, rol adaptasyonunun infertil çift tarafından gerçekleştirilmesi gerektiğini savunur (5,20).

Ericson'un gelişimsel teorisi bazı yazarlar tarafından infertiliteye uyarlanmıştır. Buna göre yaşamın primer amacı yaratıcılıktır. Bu gelecek jenerasyonu oluşturmak ve ona rehberlik etmektir, bu sürecin başarısız olması benlik absorpsiyonuna ve amaçların kaybolmasına yol açar. Çalışan erkeklerin infertiliteyle daha iyi başa çıkabildiği, ben merkezli olanların ise eşlerinden ayrıldıkları saptanmıştır. Başka insanların çocukları ile ilgili, yapıcı davranışları olanların ise başarılı başa çıkma mekanizmaları vardır (5).

Psikojenik infertilite modeli (aynı zamanda psikosomatik tıp yaklaşımı da denir) 1930'lar da ortaya çıkmış 1950 ve 1960'ların pronatalist döneminde popüleritesinin zirve noktasına ulaşmıştır. İnfertilite sorunlarının neredeyse %50'sinin tıbbi olarak tanılandırılmadığı veya tedavi edilemediği bir dönemde, üreme sorunlarının sebep ve tedavi açısından psikososyal açıklamaları yardımcı ve mantıklı olarak değerlendirilmiştir. Ancak, bu teorilerin büyük çoğunluğu kadınlardaki psikososyal (ve bilinçaltı) rahatsızlıklara odaklanmış, annelik duyguları ile ilgili birbiri ile çatışan düşünceler veya kendi anneleri ile olan sorunlarının konsepsiyonu önlediği, böylelikle erişkin rolünü üstlenmedikleri üzerine yoğunlaşmıştır. Fischer kadınlarda infertiliteye neden olabilecek iki kişilik tipi tanımlamıştır: zayıf, duygusal olarak immatür, aşırı korunmuş tip; ve hırslı, erkeksi, dominant tip. 'Güçsüz' kadın annesinden tam olarak ayrılmadığı, öfkesini direkt olarak belirtemediği, ya da seksten, annelikten, hamilelikten anormal derecede korktuğu için üreme yeteneğini kaybetmişti. 'Hırslı' kadınsa infertildi, çünkü hamile kalmak cinsel duyguları kabullenmeyi, daha güçlü bir anne figürü ile yarışmayı, daima çocuk kalma fantezisini terk etmeyi gerektiriyordu. Tipik olarak, 'psikojenik olarak infertil' erkeklerin dominant, oğullarını sevgilerinden mahrum etmekle tehdit eden, katı ahlaki kurallarına uyum isteyen ya da kendi cinsel baskılanmalarının sonucu çocuklarında anksiyete oluşturan annelere sahip oldukları düşünülüyordu. Erkeklerin de infertiliteye yol açacak ebeveynlik ve erkeklik ile ilgili çelişkili düşünceleri olabilirdi. Psikojenik infertilite modeli reproduktif tıbbın daha kolay ulaşılabilir hale gelmesi üzerine eski popüleritesini kaybetti (5).

İnfertil bireyler sadece doğurma konusundaki yetersizliklerine bağlı özgüven azalmasıyla ilgili duygular değil, aynı zamanda iyi bir ebeveyn ya da eş olamamakla ilgili yetersizlik duyguları da yaşayabilirler. Erkeğin ya da kadınlığın kaybı, çekiciliğin kaybolduğu ya da azaldığı duygularına da sebep olabilir (20,31).

## KADIN VE ERKEKTE PSİKOLOJİK TEPKİLER

Tarihsel olarak cinsiyet konusundaki fizyolojik teoriler kadını erkeğe bağımlı, kadın ve erkek arasındaki farklılıkları geleneksel ve basmakalıp olarak genelleme ve güçlendirme eğiliminde olmuştur. İki cinsiyet arasındaki ayrımı, infertil kadın ve erkeğin infertilite hakkındaki açıklamaları daha açık bir şekilde göstermektedir. Kadın etrafına rahatsızlığını dile getirmek ihtiyacını duyarken erkek güçlü ve erkeksi olma gayretiyle kendi duygularını bastırır ve kendini etrafından soyutlar. İnfertiliteye verilen yanıt kadın ve erkekte farklıdır (5,17,21).

Horney' in çalışmalarıyla başlayan kadın psikolojisi, orjinal olarak erkeğin psikolojik uyarlamaları üzerine temellendirilmiş ve kadın için kendini tanıma önemi üzerinde odaklanmıştır. Genel olarak söylenebilir ki bütün psikolojik teoriler kadının üreme kapasitesinin onun fiziksel yaşamını şekillendirdiğini öne sürer. Kadının yaşamı ve kimliğinin temelleri olan annelik ve üreme kadının kendini görme, kişisel ifade ve hayat seçiminde güçlü faktörler olarak sayılmıştır (5).

İnfertilite ile karşı karşıya kalan kadınlar sıklıkla his ve endişelerini eşleri ile görüşmek isterler ve beraber vakit geçirdiklerinde aralarındaki konuşmaların büyük bölümünü oluşturabilir. Genel olarak erkekler, gerçekçi bir yaklaşımda bulunup eşlerini olumlu bir sonuca ikna etmeye çalışabilirler. Eşlerin stresini körüklememek ve artırmamak için infertilite ile ilgili konuşmaları azaltma ya da hiç yapamama arzusunda olabilirler. Çiftin giderek artan birbirinden uzaklaşma hissi zaten var olan dış dünyada izolasyon ve dış dünyaya yabancılaşma hislerine ilave olabilir. Bunlar gibi gerginlikler sıklıkla çiftin cinsel ilişkilerinde de bozulmaya neden olur. Seks gebelik amacını gerçekleştirmeye yönelik bir görev halini alır (1,5,21,31).

İnfertiliteye olan tepkilerin cinsiyetler arasındaki farklarına yönelik çalışmalar kadınların infertilite karşısında erkeklere nazaran daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarını göstermiştir. Cinsiyet farklılıklarına yönelik bir çalışmada Wright ve arkadaşları kadınların, her ne kadar infertilite nedeni olmasalar veya tanı belirsiz olsa da, infertilite deneyimi ve medikal tedavi nedeni ile erkeklerden daha fazla sıkıntı yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Oysaki, kadınlar aynı zamanda bilgi ve yardım aramaya, evlilikleri haricinde diğer potansiyel sosyal destek alanlarına girmeye yatkındırlar. İnfertilite tanısı erkeklerin infertiliteye psikolojik olarak adaptasyonlarında

önemli bir faktör oluşturmaktadır; öyle ki, erkek kaynaklı infertilitede erkeklerde daha belirgin damgalanmışlık, kayıp hisleri ve özgüven kaybı gibi negatif tepkiler görülmüştür. Ayrıca, infertilite tanısı erkek nedeni ise, erkekler daha kendilerini üzücü yorumlar yapmaktadırlar. İnfertilitenin duygusal yönü ile başa çıkma konusunda erkekler daha çok inkar, uzaklaşma, kaçınma, kendi içlerine çekilmeye yönelik davranışlar sergileyip, sosyal destek, danışmanlık aramadan kaçınmaktadırlar. İnfertil erkeklere yönelik bir çalışmada erkeklerin infertilitenin erken fazları ile başa çıkma stratejilerinin uzun süreli adaptasyonlarını etkilediğini göstermiştir. Bu süreç içerisinde bir obje (ör: ev, hayvan, bahçe) veya çocuk ile ilgilenen bireylerin ebeveynliğe ulaşma ihtimallerinin daha yüksekken, daha ben merkezci yaklaşımı olan (ör. vücut geliştirme) bireylerin ise orta yaşlarda baba olamadıkları belirlenmiştir (5,7,17,31).

Erkek psikolojisinin geleneksel tanımı saldırı, başarı ve kendine güveni vurgulayan erkek davranışları üzerinde temellendirilmiştir. Staudacher beş temel erkek davranışına örnek olarak şunları vermiştir:

Sessiz kalmak

Yalnız şekilde sızlanmak ve gizli bir şekilde acı çekmek

Fiziksel ve yasal hareket etme

Kendini etkinlik ve çalışmaya verme

Düşkün hareketler sergileme (15)

İnfertilite bir kimlik krizidir ve kişinin kendini ve kendi değerini algılamasına sorgulamasına neden olur. Kişinin kim olduğu ve dünya üzerinde anlamlı bir yeri olup olmadığına sorgulamalarına yol açar. Kadınlar için infertilite, uzun vadede bir gün anne olacakları hayallerini sorgulamalarına neden olur. Bir kadının kendi kimliği ne kadar fazla anne olması ile tanımlanırsa onun psikolojik üzüntüsünün yetersizlik hislerinin miktarı da o kadar fazla olur. İnfertilite ne kadar uzun süre devam ederse çaresizlik ve ümitsizlik o kadar duruma hakim olur ve bu da daha büyük bir depresyonla sonuçlanabilir. Erkeğe bağlı faktörün teşhisi erkekte yıkıcı duygulara neden olabilir. Bu bulgu kendini erkek, güçlü ve kişilikli hissetmesinde sorgulamaya götürebilir (5,16).

Değişik insanların başa çıkma stillerine katkıda bulunan faktörler, kişilik farklılıkları, aile hikayesi ve hayat tecrübeleridir. Bu faktörler insanların bu özel yaşam krizini nasıl tecrübe edip başa çıkacaklarını şekillendirebilirler. Bunun ötesinde kadın ve

erkekler infertilite teşhisiyle başa çıkmada çok farklı yollar ortaya koyabilirler. Sıklıkla kadınlar telaşlı ve depresif bir durumdadırlar zira kendi biyolojik saatlerinin sınırlarının farkındadırlar. Zamanın süratle akışının ve gebelik elde edilemediği takdirde her ay bunun hayal kırıklığı içerisinde yeniden hatırlanması farkındalığı artırır (31).

İnfertilite durumuna verilen reaksiyonlar açısından kadın ve erkek arasında önemli farklar mevcuttur. Stresin dışavurumunda cinsiyet farkları da önemlidir. Kadınlar rahatsızlıkları ile ilgili daha çok konuşurken erkekler sanki daha az sorun yaşıyorlarmış gibi davranırlar. Daha önce var olan psikopatoloji de bu süreci etkiler. Aynı zamanda tedavi ekibinin özellikleri ve destekleyiciliği de önemlidir (1,5,17).

Kadınlarda erkeklerden daha fazla psikolojik problem ortaya çıkması kadınların daha çok prosedürlere maruz kalmasıyla da açıklanmaktadır. Kadın ve erkeklerde başa çıkma mekanizmaları arasında da farklılıklar mevcuttur. Kadınlar genellikle problemlerini paylaşabilecekleri gruplara takılıp konuyla ilgili okumaya yönelirken, erkekler bu tür aktivitelere pek ilgi göstermemektedirler. Ancak çiftlerin savunma mekanizmalarındaki farklılıklar evlilik ilişkisinde gerginliklere yol açabilir (8).

Ayrıca infertilite sebebi kime ait olursa olsun kadınlar daha çok suçluluk duygusu hissetmekte ve daha çok sorumluluk almaktadırlar. Erkeğin infertil olduğu ortaya çıksa bile kadınlar hala fertiliteleri konusunda şüphe taşımaya devam etmektedirler. Erkeklerin infertil oldukları durumda her ne kadar erkekler hayal kırıklığı yaşasalar da, değersizlik duygusuna kapılmamaktadırlar. Kadınlar çocuk sahibi olmadıkları ve gebelik deneyimlerini yaşayamadıkları için yas reaksiyonu yaşarken, erkekler potansiyel kaybı yaşadıkları ve biyolojik olarak baba olma yetileri olmadıkları için yas yaşamaktadırlar (14, 18,20).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda tanının özelliklerinin de erkeklerin yaşadıkları psikolojik cevabı etkilediği anlaşılmıştır. Erkeğin infertil olduğu durumlarda yaşanan psikolojik stres daha büyüktür. Ayrıca testler infertiliteye bağlı stresi genellikle anksiyete ve depresyon yönünde değerlendirmektedir. Kadınlar erkeklerden farklı olarak daha invazif uygulamalara maruz kaldıkları gibi, tedavi amacıyla aldıkları hormonlar da bir takım psikolojik değişiklikler oluşturmaktadır (7,31).

Kadınlar için erkeklerin tedavi sürecine katılımları son derece önemlidir. Erkeklerin bu girişimlerden uzak kaldığı durumlarda psikolojik, seksüel ve evlilik problemleri

kadınlarda daha şiddetli yaşanmaktadır. Tedavi sorumluluğunu dengesiz biçimde aşırı üstlenme eğiliminde olan kadınlarda stres çok şiddetli yaşanmaktadır. Kaçınma davranışına girerek sosyal izolasyon yaşama eğiliminde olmaktadır. Bazı kadınlarda ise yaşam biçiminde majör değişiklikler yapma eğilimi ön plana çıkarak işlerinden ayrılmak, ya da her zaman yaptıkları aktivitelerden uzaklaşmak gibi eğilimler ortaya çıkabilmektedir, ancak bunlar genellikle hayat standartlarını olumsuz etkilemektedir. Kadınlar için eşlerinin ve çevrenin desteği erkeklere göre çok daha fazla önemlidir. Erkeklerse uzaklaşma, ve kişisel kontrolü elinde tutma eğiliminde olmaktadır (15,16).

Kültürel ve fiziksel farklılıklar kadın ve erkeklerde farklı dışa vurumlar ortaya çıkarmaktadır. Kadınlarda bağlanma ve yetiştirme duygusu ön plana çıkarken erkeklerde özgürlük ve amaçlarına ulaşma ön plandadır (20). İnfertilite hastalarının önemli sorunlarından biri de bu süreç yaşanırken suçluluk duygularıyla ilgili çatışmalar yaşamalarıdır (11).

## **İNFERTİLİTE KRİZİNİN EVRELERİ**

İnfertiliteyle karşı karşıya kalan birey /çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlar. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmaktadır. İlk evre şok ve inanamama evresidir. Şok evresini yatsıma (inkar) evresi izler. Eşleri bekleyen diğer evre anksiyete evresidir. İnfertilite tedavisi gören kadın, bedeni 'işgal ediliyor' veya 'saldırıya uğruyor' gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir. Birey de eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde 'yetersiz ve eksik' olmaktan ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. 'Kısır'tanısı 'benlik' saygısında azalma, 'kadın' olarak kendini yetersiz hissetme gibi utanma duygularını, ya da 'erkek' olma, güçlü ve kudretli olma duygusunun abartılı yaşanması gibi duyguları açığa çıkarabilir. Eşler hayvanlar bile çiftleşebiliyor, biz yapamıyoruz şeklinde düşünceler sergileyebilir ve tıbbi yardım almaktan utanabilir. Tetkikler karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça anksiyete artar. İnfertil çiftleri bekleyen sonraki evre öfke evresidir. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yöneltir (8,18,20).

IVF uygulamasında çifti bekleyen bir başka evre kontrol kaybıdır. Yapılan tetkikler karmaşık, pahalı ve girişimsel olduğundan, çift özel yaşamları ihlal ediliyormuş duygusuna kapılır. Bu duyguların süregelenleşmesi eşlerde yalnızlık ve yabancılaşmaya

yol açar. Bu evrede kişiler hamile kalan arkadaşlarını gördükçe, onlarla paylaşacakları ortak şeyin azaldığına, arkadaşlarının onların infertilite ilgili sorulardan sıkıldıklarına inanmaya başlarlar. Kendilerini ‘farklı’ ya da kusurlu görüp utanırlar. Destek ve öneriye açık olan çift acınma ve merhamet istemez. Kadın ve eşi sadece dış dünyadan değil, birbirinden de uzaklaşır ve yabancılaşır. İnfertilite ile mücadele eden çiftin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluktur. Eşler diğerinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olduğunu düşünüp kendisini suçlu hisseder. Bu duygulara ait oldukları kültürün gereği olarak önemli bir toplumsal rolü gerçekleştirememenin suçluluğu da eklenebilir. Eğer infertilite nedeni cinsel yolla bulaşan bir hastalık ise, kişi daha önceki cinsel davranışları ve yaşantıları için kendini suçlayabilir. Bazen infertilitenin nedeni önceki bir küretaj olabilir. Böyle bir durumda kadın Tanrı tarafından cezalandırıldığı duygusuna kapılabilir. Suçluluk duyguları kişinin kendisini yalıtması ile sonuçlanır, suçluluk ve öfke duyguları baş edemeyen çift, bu noktada umutsuzluğa kapılmaya başlar ve bitkin düşer. Günlük yaşamdan zevk alamamaya başlar ve hemen her şeye karşı ilgi ve istek kaybı yaşar. Depresyon ve yas bu kayıp duygusuyla ilişkilidir. Çift sadece biyolojik bir çocuğa değil, ideal bir aile ve çocuk fantazilerini de kaybeder. Aylar geçtikçe 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. İnfertilitedeki yas süreci Kübler-Ross’un tanımladığı ölümcül bir hastalığın son dönemine yönelik bir yas sürecine benzer ancak, infertilitede ki 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 (20).

## **İNFERTİLİTEYLE İLGİLİ SUÇLULUK DUYGULARI**

Evlilik öncesi seks

Doğum kontrolü kullanma

Önceki gebelik sonucunda evlatlık verilmiş bir çocuk

Cinsel hastalık

Evlilik dışı ilişkiler



Mastürbasyon

Homo seksüel düşünce ve davranışlar

Seksüel zevkin kendisi (31)

Sağlıklı çiftler yavaş yavaş çözülme evresine ilerler. Yatsıma yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçilir. Çözülme her zaman çiftin sonsuza kadar mutlu yaşaması anlamına gelmez. Bazen eşler boşanıp başka evlilikler kurma kararı verir. İnfertilitenin yarattığı, IVF tedavisi sonunda gebelik sağlanmış olsa bile, hemen ortadan kalkmayabilir. Ayrıca, çifti yüklerle dolu ‘sürprizler’(çoğul gebelik, prematürite gibi) bekletebilir. Bazı çiftler menapoza kadar gebe kalma çabalarını sürdürür, bazıları tedaviden vazgeçer. Bu çiftler kayıpları için yas tutar ve duygusal olarak anne-babalık dışında kendilerini ödüllendirecek başka yollara yönelir (15,31).

## İNFERTİLİTEYE PSİKOLOJİK REAKSİYONLAR

### 1. Emosyonel Etkileri

Yas ve depresyon

Öfke ve hayal kırıklığı

Suçluluk

Şok / inkar

Anksiyete

### 2. Kontrol Kaybı

Aktivitelerde, beden ve emosyonlarda kontrol kaybı

Hayattaki amaçlarla ilgili gelecek planları yapamama

Kişilik, Özgüven, inançlara etkisi

Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları

Kişilik problemleri veya, değişimleri

Dünyaya bakış açısının değişmesi

3. Sosyal ilişkilerde güçlükler, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulmalar, yalnızlık, utanç (15).

## PSİKOLOJİK STRESİN TEDAVİYİ BIRAKMA ORANINA ETKİSİ

Son 20 yıl içerisinde in vitro fertilizasyon (IVF), dünya genelinde doğmuş 15000'i aşkın bebekle deneysel bir prosedür olmaktan çıkmış, kabullenilmiş medikal bir tedavi halini almıştır. Ancak tüm bu ilerlemelere rağmen IVF ve diğer minimal başarı oranına sahip olmaya devam etmektedir (tipik olarak %20'den az); örneğin, 1993'te IVF girişimlerinin %81.2'si hamilelikle sonuçlanmamıştır. 10 yıl kadar kısa bir süre öncesine kadar IVF infertilite tedavisindeki mevcut son basamak iken günümüzde, üçüncü kişinin dahil olduğu üreme teknikleri (ör. gamet bağışlama, gestasyonel taşıyıcılık) ve yardımcı üreme teknikleri (ör. intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu) gibi tedaviler gittikçe daha da ulaşılabilir hale gelmiştir. Fakat, bu yöntemlerin geleneksel anlamda ebeveynliği zorlamakta olup; fetüse zarar verme, annenin fiziksel sağlığını etkileme, duygusal denge veya evlilik dengesini bozma, ve de genetik geçişli hastalıkları aktarma potansiyelleri vardır. Son yıllarda araştırmalar yardımcı üreme teknikleri öncesinde, sırasında ve sonrasında psikolojik sağlığı araştırmakta, başarılı sonuçlar alındığında etkili olan psikolojik faktörler ve başarısız sonuçlar karşısındaki tepkiler incelenmektedir (3,19,31,33).

Doktorlar ileri bir tedavi yöntemi önermediğinde veya paraları bitene kadar hastaların infertilite tedavisini sürdüreceğine inanılmaktaydı. Bu teori infertilite alanında çalışan pek çok sağlıkçı tarafından da oldukça kabul görmüştür, çünkü günlük pratiklerde tedaviye devam etmeyi kabul edenleri görmektedirler. Tedaviyi bırakanlar ise kimsenin dikkatini çekmemekte ve bu yüzden unutulmaktadırlar. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar farklı bir durumu gözler önüne sermektedir. Büyük bir oranda hasta tedaviyi bırakmaktadır. Bu araştırma sonuçları IVF'in sigorta kapsamında olduğu ülkelerden rapor edildiği için tedaviyi bırakma nedeninin para olmadığı açıktır. Sigortalama kapsamında tedavi olan ve gebe kalmayan hastaların %40 ile 65'i karşılanan tedavilerini tamamlamadan bırakmaktadırlar (31).

En yeni çalışmalar gösteriyor ki IVF tedavisini bırakmanın ana nedeni psikolojik strestir. 974 çiftte yapılmış bir İsveç çalışmasında, hastalar tedaviyi bırakma nedenlerini "psikolojik yük" olarak rapor etmişlerdir. Bir Avustralya çalışması da aynı sonuçları göstermiştir; tedaviyi bırakan çiftlerin %66'sı duygusal zorlukları neden olarak

bildirilmiştir. Aktif denetleme dışındaki nedenler ile tedaviyi bırakan 211 çiftte yapılan bir çalışmada en sık rapor edilen neden psikolojik yük, takiben de kötü prognozdur (31).

## **İNFERTİL ÇİFTLERİN TEDAVİ SÜRECİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

İnfertilitenin toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu olarak görülmesi, yardımcı üreme yöntemleri alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve bu yöntemlerin sağlık sistemi içinde daha ulaşılabilir hale gelmesi infertilite tedavisine başvuran çiftlerin sayısının giderek artmasına ve bu alanın üreme sağlığı hizmetleri içinde önem kazanmasına neden olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak bu alandaki hemşirelik hizmetleri de giderek öne çıkmıştır (16,22,29).

İnfertilite Hemşireliğinin tarihsel gelişimine bakacak olursak, gelişiminin yardımcı üreme yöntemleri alanındaki gelişmeler ile paralellik gösterdiği ve bu alanın özelleşmesine yönelik ilk çalışmaların İngiltere Fertilite Hemşireleri Grubu (FNG) tarafından 1980’li yıllarda standart çalışmalarının yapılması ile başladığını görürüz. FGN kuruluş amacında ‘‘hemşireler için en yüksek profesyonel standartları geliştirmeyi ‘‘ hedeflemiştir. İngilterede RCN (Kraliyet koleji) bünyesinde yer alan Fertility Nurses Group (FNG) 1987 de, hemşireler için eğitim ve destek hizmetlerine ve hasta bakım kalitesine odaklı profesyonel bir faaliyet birimi olarak kurulmuştur. FGN tarafından standart belirleme çalışmalarına veri sağlamak amacı ile yürütülen araştırmada infertilite alanında çalışan hemşirelerin eğitimi ve klinik deneyimi konusunda durum değerlendirmesi yapılarak çalışma modelleri ve eğitim ihtiyaçları belirlenmiştir. Aynı araştırmada moral ve etik ikilemlerin yaşandığı bu alanda hemşirelerin desteğe ve uygulama standartlarına olduğu kadar eğitime ve görev tanımlarının yapılmasına da ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda FGN tarafından, ulusal düzeydeki tüm merkezlerde infertilite hizmetlerinde aynı yüksek standartın sağlanması için profesyonel uygulama standartları geliştirilmiştir (16,29).

### **FGN Tarfından Standartlar Beş Ana Konuda Belirlenmiştir:**

- 1-Profesyonel gelişim ve sorumluluklar
- 2-Güvenli Çevre

3-Bakım

4-Danışmanlık

5-Etik konular (16,29)

### **1-Profesyonel Gelişim ve Sorumluluklar:**

Bu standartta hemşirenin profesyonel gelişimini sürdürmek için bakım standartlarının sınırlarını kavraması, koruması ve gelişmesini amaçlamıştır. 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 (16,22,29).

### **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 (16,22,29).

### **3- Bakım:**

Bu standartta çiftlerin bireysel gereksinimleri doğrultusunda bakım almaları amaçlanmıştır. Bu alanda geliştirilen kriterler çiftlerden her ikisinin de tanı ve tedavi sürecinde ihtiyaçların karşılanmış, rahat, cesaretlenmiş ve eşini destekler duruma gelmiş olmasına yöneliktir. Hemşire bu standartta işlemlerin uygun yerde, uygun zamanda, çiftlerin ihtiyaçlarını göz önüne alarak ve doğru şekilde yapılmasını sağlayacak kriterler geliştirir (16,22,29).

### **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 (16,22,29).

## 5-Etik Konular:

Bu standartta bir araştırma projesine girecek olan çiftin, araştırma ile ilgili bilgiyi tam olarak almış ve anlamış olmalarını 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 (16,22,29).

YÜT'e başvuran çiftlerin ön değerlendirmesi ve tedavinin her aşamasında infertil çiftlerin çoğunlukla yaşadıkları emosyonel tepkilerin ve deneyimlerin bilinmesi çiftin bakım gereksinimlerinin karşılanması için özellikle gereklidir (16,22,29).

Hemşire infertil çiftin bakım planını kişiselleştirmek için, infertil popülasyonun paylaştığı bazı yaygın deneyimler ve yaş gruplarının özellikleri hakkında da bilgi sahibi olmalıdır. Genellikle infertil hasta popülasyonu 25 yaş ile tam menopoz yaşı arasındadır. İnfertilite hemşiresi çiftin duygularının şiddetini anlamak ve yapılması muhtemel girişimleri açıklamak için, çiftin tedavi süreci sırasındaki yaşam evresinin özelliklerini de bilmek zorundadır (16).

İnfertilite hemşiresi tedavi isteyen çiftlerin ilk değerlendirmesini yaparken ve eşlerin infertilite sorunlarını çözerken, çiftin bireysel olarak farklı evrelerde olabileceğini bilmesi önemlidir. Erkek bir evrede kadın başka bir evrede olabilir. Ayrıca birçok nedenden ötürü çiftler tedavinin ortasında hekim değiştirmeleri gerektiğine karar verebilirler. Böyle bir durumda hemşire çiftin gelişimini dikkatle değerlendirmeli ve onların infertiliteyle uzlaşmış oldukları yargısına varmamalıdır. Çiftler gebelik, evlat edinme ve çocuksuz yaşam gibi bir çözüme ulaşmadan önce bu evreleri tekrar yaşayabilirler (16,22,29).

Hemşire çiftlerin infertilite sebebini, hangi yaşam evresinde olduklarını ve emosyonel durumlarının kişisel değerlendirmesini yaptıktan sonra infertilite tedavisi sırasında uygun bakımı sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır. Hemşire çiftlerin karşılaştığı emosyonel sorunlar ve karar verme aşamasındaki zorluklar nedeniyle bakım planında danışman ve destekçi olarak yerini almak zorundadır (16).

Çiftler, infertilite hemşiresini tedavi aşamasının başarısı için önemli bir kişi kendileri ile ekip arasında bir bağ olarak görmektedirler. Çiftler endişeleri hakkında konuşabilmekte, hekim veya diğer üyeleriyle tartışmadıkları soruları

sorabilmektedirler. Özellikle üzücü test sonuçları aldıklarında hemşireye duygularını rahatlıkla anlatmaktadırlar (16,29).

İnfertilite alanında tedavi genellikle uzman bir ekip tarafından planlanır ve uygulanır. Çiftlere bakım veren infertilite takımının bir üyesi olarak hemşirenin pozisyonu çok önemlidir. Hemşire infertilite takımının üyeleri olan doktorlar, embriyologlar, laboratuvar teknisyenleri, androloglar ve anestezi uzmanları kapsayan bir grup uzmanla çalışırken bağımsız olarak hemşirelik bakımı verir (16 29).

İnfertilite alanında etkili danışmanlık için, hemşire her hastanın bireysel olarak, deneyimlerine dikkat etmek zorundadır. Hastanın değerlendirmesiyle başlayıp, bakım planının değerlendirilmesiyle sonlanan tam hemşirelik bakımı, eğitim gerektirmektedir. Hasta-hemşire iletişimi sırasında hemşire, hastanın gereksinimlerini ve emosyonel durumunu sezgileriyle hissetme hünelerini kullanır. Bu da bakıma insani bir boyut kazanmaktadır. Hemşire önsezi, empati, yorumlama ve anlayış becerisini kullanır. Empati bakım ortamı yaratmada hayati önem taşır (16).

Birçok infertilite hastasında duygusal dalgalanmalar görülür. Hasta aşırı derecede kızgın olabilir ve kızgınlıklarını hemşire veya ekibin diğer üyelerine yöneltebilirler. Kızgınlık, İnfertilite hemşiresi için üzücü ve tehdit edici olduğundan, bu duyguyla etkin bir şekilde baş etmeyi öğrenmek gereklidir. Hemşire hastanın kızgınlık duygularını şahsına yönelik kabul etmemeli, hastanın neler yaşadığını anlamaya çalışmalıdır (16,22).

Birçok hasta tedavi sırasında kendi bedenleri, bakımları ve hatta yaşamları üzerindeki kontrolü kaybettiklerinden kızgın olabilirler. Çiftlerin tedavilerine kararı kendilerinin verdiğine inanmaları onlara yetki vermenin ilk adımıdır. Hastalara, tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendileri bilgiye dayalı kararlar verebildiklerinde, önceden seçenekleri olmadığını düşündükleri durumlarındaki kızgınlıkları azalır. Kızgın çiftlere bakım verirken, kızgınlığın infertilite sürecinin bir parçası olduğunu anlamak, onların kendilerini kontrol etmelerini sağlamak, onları suçlamamak önemlidir. Bunun yanı sıra çiftin endişelerinin ekip tarafından dikkate alındığını bilmeleri onlar için önemli gereksinim olabilir (16).

İnfertilite hemşiresinin normal ve anormal davranış arasındaki farkı bilmesi son derece önemlidir. İnfertilite hemşiresi bütün tehditleri ciddiye almalı ve hastayı yardım için nereye göndereceğini bilmelidir. Hastaların geçici olarak şaşkınlık, kayıp, üzüntü semptomları hissetmelerinin normal olduğunu bilmeye ihtiyaçları vardır. Gerekirse deneyimli bir psikiyatristten yardım alınmalıdır (16,22).

Hastada kızgınlık, yıkıcı durum ve şiddetli depresyon gibi durumlar varsa hemşire hastanın hekimini bilgilendirmeli, bütün olayları ve hareketleri kayıt etmelidir (16).

Hasta savunuculuğu rolü, infertilite hemşiresinin ekip üyelerine çiftin tedavi sürecinden geri kalmasına sebep olabilecek duygusal durumlar hakkında ilave bilgi vermesine imkan verir. Hemşire, tedavi sürecine başlanmadan önce, çiftin psikolojik danışmanlık veya evlilik danışmanlığı almasını önerebilir (16,22,29).

Hemşire dikkatli bir gözlemlerle çiftin ne zaman tedaviye hazır olduğunu değerlendirip, hekimle görüşmeleri için randevu ayarlar. Hemşire çiftin ekip üyeleriyle görüşmeleriyle ilgili endişelerini de ortadan kaldırabilir (16,22,29).

Yurt dışında hasta hakları savunucusu olarak hemşirenin önemi gittikçe önem kazanan diğer iki rolü de mali danışmanlık ve yasal gözlemciliktir. Çoğu hasta tedavinin mali yönünü de düşünmek zorundadır. Hemşire eğer mümkünse hastaya yardımcı olmak için hastanın sigortasının kapsamı konusunda bilgi sahibi olmalıdır (16,22,29).

## GEREÇ VE YÖNTEM

**5.1. Araştırmanın Şekli:** YÜT ile Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerini Belirlemek amacıyla yürütülen araştırma tanımlayıcı özelliktedir.

**5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikler:** Araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Ocak-Temmuz 2009 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu ünite 1990 yılından itibaren, infertil çiftlere ayaktan hasta bakım hizmeti verilmektedir. Merkez; poliklinik kayıt bölümü, USG odası, invaziv işlemler için steril şartların sağlandığı bir bölüm, 4 yataklı bir dinlenme odası, sperm verme odası, 1 embriyoloji, 1 androloji laboratuvarı, 1 sperm ve embriyo frizing (dondurma) odası bulunmaktadır. Merkezde 2 aylık rotasyonlarla 4 erli iki grup halinde 8 profesör, 2 asistan, 2 hemşire, 1 embriyolog, 1 biyolog ve klinik sekreteri sürekli görev yapmaktadır.

**5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini, Ocak-Temmuz 2009 tarihleri arasında İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesine başvuran çiftler oluşturmaktadır. Örneklem kapsamına ise belirtilen tarihlerde birime başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, daha önce en az bir kez IVF tedavisi yapılan çiftlerin tümü (n= 80) alındı.

### **5.4. Veri Toplama Araçları:**

A- Araştırmada veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu (ek-1), ve Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme Testi (YÜT-PDT) Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Technigues) (PET-ART) (Ek-2) ile toplanmıştır.

Soru formu

Kadın ve erkeğin demografik özellikleri, çiftlerin infertilite ve tedavi öyküleri, çiftlerin infertiliteye verdikleri tepkileri içeren toplam 46 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).



Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme Testi (YÜT-PDT) (Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Technigues) (PET –ART): İnfertil çiftlerin bu süreçteki duygu durumlarını değerlendirmek için Prof.Dr.Franco Junior tarafından hazırlanan, 15 sorudan oluşan PET- ART (YÜT-PDT) kullanılmıştır. PET- ART kullanımı için Prof.Dr. Franco Junior'dan izin alınmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 60 tır. Yüksek puanlar çiftlerin yaşadıkları stresin daha fazla oluşunu göstermektedir. Farklı dilde ve kültürel farklılıklara yönelik geliştirilmiş olan anket, gerekli izinler alındıktan sonra Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılarak araştırmada kullanıldı.

YÜT-PDT'nin geçerlilik çalışmasında dil geçerliliği sağlamak üzere, öncelikle araştırmacı tarafından tercüme edilen ölçek ve orijinali, aşağıda isimleri belirtilen uzmanların görüşüne sunuldu;

Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Mehmet VURAL (İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Yıldız PERK (İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Barboros ILIKAN (İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Sezai ŞAHMAY (İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Yrd.Doc.Dr. Ergül ASLAN (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Yrd.Doc.Dr. Ümran OSKAY (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Yrd.Doc.Dr. Gülay YILDIRIM (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Araştırma Görevlisi Msc. İlkay GÜNGÖR (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

### **Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizlerinin Yapılması**

Taslak maddelerinin İçerik ve Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek için 8 uzman görüşüne sunulacak maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity=CVI) kullanılmıştır.

İçerik ve Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek üzere 8 uzmanın görüşüne sunulacak maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity Index = CVI) kullanılmıştır. Bu amaçla uzmanlara maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan: Uygun Değil, 2 puan: Biraz Uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekilde getirilmesi gerekli), 3 puan: Uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan: Çok Uygun olarak puan vererek değerlendirme yapmaları istenmiştir.

Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre 1 ve 2 puan alan maddeler kabul edilemez ve 3-4 puan alan maddeler kabul edilebilir olarak sınıflandırılmıştır. Her madde için 8 uzman görüşünün yüzde kaçından 3 veya 4 puan aldığı hesaplanmıştır (madde CVI puanı). Örneğin 8 uzmanın 7'sinden 3-4 (kabul edilebilir) puan alan bir maddenin CVI puanı  $(100 \times 7) / 8 = 0,88$ 'dir. Tüm ölçekteki maddelerin CVI puanlarının ortalaması ise tüm ölçek için CVI puanını vermektedir. Yapılan değerlendirmede toplam ölçeğin yaklaşık % 80'inin 3 ve 4 puan alması hedeflenmiştir. On beş maddelik YÜT-PDT ölçeği taslağının maddeleri için CVI puanı 0,55 ile 1 arasında değişmektedir. Toplam ölçekte ise maddelerin CVI ortalaması 0,89 bulunmuştur (24).

Uzman görüşlerine göre yeniden düzenlenen ölçek araştırma amacına uygun 30 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak ölçeğin anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. YÜT-PDT (ek-2) formda son hali verilen “YÜT-PDT” geçerlik güvenilirlik analizleri yapılabilmesi amacıyla araştırmanın örneklemini oluşturan en az bir kez IVF tedavi görmüş 80 çifte uygulanmıştır.

Uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda dil eşdeğerliği sağlanan YÜT-PDT (Ek-2) test-retest (zaman içinde ölçme değerinin değişmemesi) ve içsel tutarlılık (her maddenin ölçülen kavramı diğeri ile aynı yoğunlukta ölçmesi) güvenilirliğin belirlenmesi amacıyla İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Tüp Bebek Ünitesine başvuran 30 kadına 1-20 ocak 2009 tarihleri arasında iki hafta ara ile iki kez uygulandı.

Veriler SPSS 16.0 for Windows İstatistik paket programında değerlendirildi. Ölçeklerin test-retest güvenilirliği “sınıf içi korelasyon katsayısı istatistik testi (interclass correlation coefficient)”, içsel tutarlılık (internal consistency) güvenilirliği “Cronbach’s alpha” istatistik testi kullanılarak belirlendi. Tabloda Test-Retest ve Cronbach’s alpha değerleri görülmektedir.

**Cronbach Alfa Değerleri ve Test-Retest Güvenilirliği (Spearman's r)**

<b>YÜT-PDT (Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme Testi )</b>		
<b>Toplam Puan</b>	<b>Cronbach Alfa Değerleri</b>	<b>Test-Retest Güvenilirliği (Spearman's r)</b>
<b>YÜT-PDT 1</b> (Hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendiğim zaman üzuldüm)	0.690	0.82
<b>YÜT-PDT 2</b> (Negatif gebelik testinden sonra bu başarısız denemede sağlık ekibinin de rolü olabileceğini anladım)	0.716	0.99
<b>YÜT-PDT 3</b> (Enjeksiyonların neden olduğu endişenin şiddeti)	0.728	0.846
<b>YÜT-PDT 4</b> (Anestezi yapılma korkusu)	0.717	0.84
<b>YÜT-PDT 5</b> (IVF/ICSI işlemleri için gereken paranın bulunmasının yarattığı endişenin düzeyi)	0.694	0.90
<b>YÜT-PDT 6</b> (Psikolojik desteğin IVF/ICSI işlemlerindeki performansımı belli bir ölçüde etkileyeceğine inanıyorum)	0.710	0.68
<b>YÜT-PDT 7</b> (Hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresi beni endişelendiriyor)	0.682	0.73
<b>YÜT-PDT 8</b> (Gebe kalabilmek için daha önce yaşamış olduğum deneyim beni yeni bir IVF/ICSI denemesi için beni belirli bir derece endişelendirir)	0.704	0.93
<b>YÜT-PDT 9</b> (Oluşan fazla embriyoların laboratuvar da belirsiz bir süre için saklanacak olması beni belirli bir derece endişelendirir)	0.714	0.94
<b>YÜT-PDT 10</b> (İkiz yada üçüz olma ihtimali yardımcı üreme tekniği konusunda stresli olmama neden oluyor)	0.734	0.87
<b>YÜT-PDT 11</b> (Embriyo transferi ne düzeyde endişeye neden olur?)	0.701	0.77
<b>YÜT-PDT 12</b> (Laboratuvar da embriyo oluşturma teknikleri yenidoğan da bir soruna neden olmasa da, çocuğumun ilerideki sağlığı hakkında beni bir derece endişelendirir.)	0.712	0.79
<b>YÜT-PDT 13</b> (Yumurta üretimi için kullandığım ilaçların yan etkileri beni sık sık endişelendirir.)	0.720	0.822
<b>YÜT-PDT 14</b> (Yöntemden sonra dinlenme zamanı, 14 gün boyunca aşırı fiziksel aktivite ve seks yapamama beni bir derece endişelendirir.)	0.730	0.546
<b>YÜT-PDT 15</b> ( Az sayıda yumurta toplama olasılığı laboratuvar da embriyo oluşma aşamalarındaki bekleme beni endişelendirir.)	0.719	0.76

## YÜT-PDT Cronbach's Alfa ve Test-Retest Güvenilirliği Ortalaması

Cronbach's Alfa	0.726
Test-Retest ( Spearman's r)	0.8156

### 5.5. Uygulama:

İnfertil çiftlere tanımlayıcı bilgi formu ve YÜT-PDT (Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme Testi) uygulandı. Çiftlerle birimde sorgulama formları araştırmacı için ayrılan odada karşılıklı görüşme yöntemi ile dolduruldu.

### 5.6. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Programme for Social Science ) 16.0 Paket programı kullanılmıştır. Verilerin tüm dağılımlarını göstermek için yüzdeler hesaplanmış; tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare ( $X^2$ ),  $X \pm SD$ , Student t testi, One way Anova kullanılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak 0.05 değeri seçilmiştir. Bu değerlerden küçük ya da eşit "p" değerleri için istatistiksel olarak anlamlı; büyük değerler için istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır.

### 5.7 Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar:

#### Olumlu Durumlar:

- Ünite çalışan hocaların, meslektaşların ve personellerin araştırma konusuna önem vermesi ve çalışmayı desteklemesi
- Çalışmanın rahat yürütülmesi ve görüşmeler için boş bir odanın ayrılması

**Olumsuz Durumları:**

- İnvaziv işlemlere kadın hastalar maruz kaldığı için çiftleri bir arada bulma zorluğu
- Yeterli sayıda en az 1 kez IVF yaptıran çiftlere ulaşmak güç oldu
- Çoğu çiftin IVF yaptırdıklarını yakın çevrelerinden saklamaları, bu yüzden ankete katılmak istememeleri

## **BULGULAR**

Araştırma YÜT ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerini belirlemek amacıyla uygulandı. Elde edilen veriler 2 bölüm olarak sunuldu.

6.1- İnfertil çiftlerin demografik özellikleri, infertilite öykülerine yönelik bulgular

6.2- Yardımcı Üreme Tekniği Uygulamasından Sonra Psikolojik Değerlendirme

Testi (YÜT-PDT) (Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Technigues PET –ART) ile elde edilen bulgular.

### **6-1.ÇİFTLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ, EVLİLİK VE İNFERTİLİTE**

#### **ÖYKÜLERİNE YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik özellikler, evlilik ve infertilite öykülerine yönelik bulgular ele alındı. Tablo 6.1de çiftlerin yaş, evlilik yaşı, evlilik süreleri ortalamaları görülmektedir.

Çiftlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde kadınların %56.3'nün ilkokul, %18.8'nin orta öğretim, erkeklerin %32.5'nin ilkokul, %45'nin orta öğretim mezunu olduğu belirlendi (6.1).

Çiftlerin gelir durumları değerlendirildiğinde, %3.13'ünün geliri giderine göre az, %88.13'ünün geliri gideri ile eşit, %8.75'inin geliri giderinden fazla olduğu saptandı.

Tabloda çiftlerin çalışma durumları değerlendirildiğinde kadınların %30'nun çalıştığı, %70'nin çalışmadığı, erkeklerin tümünün çalıştığı belirlendi.

Çiftlerin %92.5'i sosyal güvencesinin olduğunu, %7.5'i sosyal güvencesinin olmadığını bildirdi.

Ayrıca çiftlerin %92.5'i çekirdek aile tipine, %7.5'i geniş aile tipine sahip idi.

**Tablo 1: Çiftlerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

	<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>	
	X ± SD		X ± SD	
Yaş	32.19 X ± 5.16		35.74±5.57	
Evlilik Yılı	9.1± 5.1			
Evlilik Yaşı	23.05± 5.4		26.83±5.4	
Eğitim Düzeyi	n	%	n	%
1.Okur Yazar	8	10	3	3.8
2.İlköğretim	45	56.3	26	32.5
3.Orta öğretim	15	18.8	36	45
4.Yüksek Öğretim	12	15	15	18.8
Çalışma Durumu				
Çalışan	24	30.0	80	100
Çalışmayan	56	70.0		-
	Sosyal Güvencesi			
	n		%	
Olan	74		92.5	
Olmayan	6		7.5	
	Gelir Durumları			
Geliri giderine göre az	5		3.13	
Geliri gideriyle eşit	141		88.13	
Geliri giderinden fazla	14		8.75	
Toplam	160		100.0	



Tablo 2’de çiftlerin infertilite öykülerine ait bulgular görülmektedir. İnfertilite süresi 5 yıldan az olanlar %33.75, 5 yıldan fazla olanlar %66.25 olarak belirlendi.

İnfertilite nedeni araştırıldığında, kadın faktörü %26.25, erkek faktörü %40.63, her ikisine ait %12.5, açıklanamayan %20.3 olduğu görüldü (Tablo 6-2).

İnfertil çiftlerin infertilite süresi ortalaması  $2.89 \pm 0.87$  yıl, tedavi süreleri  $3.26 \pm 1.05$  olarak saptandı.

**Tablo 2 : Çiftlerin İnfertilite Öykülerine Yönelik Bulgular**

<b>İnfertilite Süresi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
5 yıl ↓	54	33.75
5 yıl ↑	106	66.3
Toplam	160	100
<b>İnfertilite Tipi</b>		
Kadın faktörü	42	26.25
Erkek faktörü	65	40.625
Her ikisine ait	20	12.5
Açıklanamayan	33	20.63
Toplam	160	100

## **6-2. ÇİFTLERİN YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ UYGULAMASINDAN SONRA PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME TESTİ (YÜT-PDT) İLE ELDE EDİLEN BULGULAR**

Tablo 3’de Çiftlerin YÜT –PDT toplam puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların, YÜT-PDT toplam puan ortalaması  $31.51 \pm 5.07$ , erkeklerin ise  $28.31 \pm 5.88$ ’idi. Kadın ve erkeklerin YÜT-PDT toplam puanları karşılaştırıldığında ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,000$ ).

**Tablo 3 : Çiftlerin YÜT-PDT Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular**

	<b>YÜT-PDT</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Kadın	31.51 ± 5.07	3.69	p < 0.000
Erkek	28.31 ± 5.88		

Her bir ölçek maddesi için verilen puanlarda şiddet düzeylerini işaretleyenlerin yarısını (1 ve 2) stres düzeyi düşük, diğer yarısının (3 ve 4) işaretleyen stres düzeyi yüksek olduğu kabul edilerek hipotez oluşturulmuştur. Bu hipoteze dayanarak kesme noktası (cut off) oluşturmak amacıyla yapılan ROC eğrisi (ROC Curve) analizinde YÜT-PDT (PET-ART) ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı (cut-off point) 30.50 belirlenmiştir ( $\geq 30.50$  stres düzeyi yüksek,  $< 30.50$  stres düzeyi düşük). İnfertil kadınların hesaplanan kesme noktasına göre stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4’de Çiftlerin YÜT-PDT maddelerine ilişkin bildirdikleri şiddet düzeylerinin dağılımı sunuldu.

YÜT-PDT 1. maddesine ilişkin olarak (Hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendiğim zaman üzüldüm); kadınların %6.3’ü hafif şiddette, %13.8’i orta şiddette, %80’ni şiddetli olarak bu sonuçtan etkilediği, erkeklerinde %15’i hafif şiddette, %32.5’i orta şiddette, %52.5’i şiddetli olarak etkilendiği belirlendi. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

YÜT-PDT 5. maddesi ile ilgili olarak (IVF/ICSI işlemlerin tekrarı için gereken paranın bulunmasının yarattığı endişenin düzeyi); kadınların %22.5’i hafif şiddette, %18.8’i orta şiddette, %58.8’i şiddetli olarak endişelendiğini, erkeklerin %38.8’i hafif şiddette, %21.3’ü orta şiddette, %40.0’i şiddetli olarak endişelendiğini bildirdi. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

YÜT-PDT 6 maddesi kapsamında, (Psikolojik desteğin IVF/ICSI işlemlerindeki performansımı belli bir ölçüde etkileyeceğine inanıyorum); kadınların %6.3'ü hafif şiddette, %18.8'i orta şiddette, %75.0'i şiddetli olarak, erkeklerin %8.8'i hafif şiddette, %47.5'i orta şiddette, %43.8'i şiddetli olarak psikolojik desteğin işlemlerdeki performanslarını arttıracığına inandığını söyledi. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

YÜT-PDT 7'de (Hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresi beni endişelendiriyor); kadınların %3.8'i hafif şiddette, %13.8'i orta şiddette, %82.5'i şiddetli olarak, erkeklerin %15.0'i hafif şiddette, %20'si orta şiddetli, %65 şiddetli olarak endişelendiğini belirtti. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

YÜT-PDT 11'de (Embriyo transferi ne düzeyde endişeye neden olur?); kadınların %26.3'ü hafif şiddette, %21.3'ü orta şiddette, %52.5'i şiddetli olarak, erkeklerin %33.8'i hafif şiddette, %33.8'i orta şiddette, %32.5'i şiddetli olarak endişeye neden olduğunu bildirdi. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

YÜT-PDT 15'de (Az sayıda yumurta toplama olasılığı laboratuvar da embriyo oluşma aşamalarındaki bekleme beni endişelendirir.); kadınların %8.8'i hafif şiddette, %17.5'i orta şiddette, %73.8'i şiddetli, erkeklerin %12.5'i hafif şiddette, %36.3'ü orta şiddette, %51.3'ü şiddetli olarak endişelendirdiğini söyledi. Kadın ve erkeklerin belirttikleri şiddet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 4'de YÜT-PDT'nin 1,5,6,7,11 ve 15. maddelerine kadın ve erkeklerin verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi. Kadınlar erkeklere kıyasla daha şiddetli düzeyde etkilediği görüldü.

**Tablo 4 : Çiftlerin YÜT-PDT Maddelerine İlişkin Bildirdikleri Şiddet Düzeylerinin Dağılımı**

	KADIN						ERKEK						x <sup>2</sup>	SD	p
	Hafif		Orta		Şiddetli		Hafif		Orta		Şiddetli				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
YÜT-PDT 1	5	6.3	11	13.8	64	80	12	15	26	32.5	42	52.5	13.53	2	p<0.011
YÜT-PDT 2	53	66.3	15	18.8	12	15.0	59	73.8	9	11.3	12	15.0	1.82	2	p>0.05
YÜT-PDT 3	42	52.5	28	35.0	10	12.5	41	51.3	30	37.5	9	11.3	0.134	2	p>0.05
YÜT-PDT 4	50	62.5	12	15	18	22.5	44	55	21	26.3	15	18.8	3.11	2	p>0.05
YÜT-PDT 5	18	22.5	15	18.8	47	58.8	31	38.8	17	21.3	32	40.0	6.42	2	p<0.05
YÜT-PDT 6	5	6.3	15	18.8	60	75.0	7	8.8	38	47.5	35	43.8	16.89	2	p<0.05
YÜT-PDT 7	3	3.8	11	13.8	66	82.5	12	15.0	16	20.0	52	65.0	7.99	2	p<0.05
YÜT-PDT 8	13	16.3	32	40.0	35	43.8	17	21.3	40	50.0	23	28.8	3.90	2	p>0.05
YÜT-PDT 9	54	67.5	9	11.3	17	21.3	55	68.8	16	20	9	11.3	4.43	2	p>0.05
YÜT-PDT10	68	85.0	5	6.3	7	8.8	65	81.3	8	10	7	8.8	0.76	2	p>0.05
YÜT-PDT11	21	26.3	17	21.3	42	52.5	27	33.8	27	33.8	26	32.5	6.787	2	p<0.05
YÜT-PDT12	53	66.3	14	17.5	13	16.3	56	70.0	11	13.8	13	16.3	0.44	2	p>0.05
YÜT-PDT13	37	46.3	24	30.0	19	23.8	32	40.0	33	1.3	15	18.8	2.25	2	p>0.05
YÜT-PDT14	73	91.3	6	7.5	1	1.3	68	85.0	9	11.3	3	3.8	1.77	2	p>0.05
YÜT-PDT15	7	8.8	14	17.5	41	73.8	10	12.5	29	36.3	41	51.3	9.0	2	p<0.05

**Tablo 5: Çiftlerin İnfertilite Süresi ve Nedenleri ile YÜT-PDT Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

YÜT-PDT			
	x ± SD	t *	p
İnfertilite süresi 5 yıl ↓	29.04 ± 6.7	-1.27	p > 0.05
İnfertilite süresi 5 yıl ↑	30.36 ± 5.1		
İnfertilite nedeni		F**	P
Kadın	29.02 ± 4.38	0.89	p > 0.05
Erkek	30.77 ± 5.87		
Her ikisine	29.55 ± 7.16		
Açıklanmayan	29.58 ± 5.91		

\* Student t testi

\*\* Tek yönlü varyans analizi One –way (ANOVA)

Çiftlerin infertilite süresi infertilite nedeni ile YÜT-PDT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 5).

**Tablo 6: İnfertilitenin, Çiftlerin İlişkilerine ve Çevreleriyle olan İletişimlerine Etkileri**

	n	%
Eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?		
Evet	26	16.2
Hayır	134	83.8
Cinsel yaşamınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?		
Evet	32	20.0
Hayır	128	80.0
Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?		
Evet	137	85.6
Hayır	23	14.4
Çocuğunuz olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz?		
Evet	17	10.6
Hayır	143	89.4
Çocuğunuzun olmadığını yakın çevrenizden saklama ihtiyacı duyuyor musunuz?		
Evet	50	31.2
Hayır	110	68.8
Eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?		
Evet	12	7.5
Hayır	148	92.5
Eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?		
Çok memnunum	150	93.8
Biraz memnunum	9	5.6
Memnun değilim	1	0.6
Toplam	160	100.0

Tablo 6’da çiftlerin infertilitenin eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu sorusuna verdikleri yanıtlar görülmektedir. Çiftlerin %16.2’si eşleri ile ilişkilerini etkilediğini, %83.3’nün de ilişkilerini etkilemediğini bildirdi. Cinsel yaşamınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz sorusuna Çiftlerin %20’si cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği yanıtını verirken, %80’ni de etkilemediğini belirtti. Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz sorusuna çiftlerin %85.6’sı evet, %14.4’ü hayır olarak yanıt verdi.

Çiftlerin çocuğunuz olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz? sorusunu çiftlerin %10.6’sı evet, %89.4’ü hayır şeklinde cevapladı. Çiftlerin %31.2’si çocuğu olmadığını yakın çevresinden saklama ihtiyacı duyduğunu, %68.8’i saklama ihtiyacı duymadığını bildirdi. İnfertilite sebebiyle eşinizin sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz sorusuna ise çiftlerin %7.5’i ayrılacağını düşündüğü, %92.5’inin ayrılacağını düşünmediği şeklinde yanıtladı.

Tablo 7’de İnfertilite durumuna tepki olarak %93.8’i, eşlerinin anlayışlı davrandığını, %9.4’ü öfke , %23.8’i umutsuzluk, %16.9’u suçluluk hissi duyduklarını, %15.6’ sı ise hayal kırıklığı yaşadığını belirtti.

**Tablo 7’de Eşin Verdiği Tepkiler Görülmektedir**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Anlayışlı	Evet	150	93.8
	Hayır	10	6.2
Tehtidkar	Evet	1	0.6
	Hayır	159	99.4
Öfkeli	Evet	15	9.4
	Hayır	145	90.6
Umutsuz	Evet	38	23.8
	Hayır	122	76.2
Tedavi Arayışında	Evet	152	95.0
	Hayır	8	5.0
Suçluluk Hissi	Evet	27	16.9
	Hayır	133	83.1
Hayal kırıklığı	Evet	25	15.6
	Hayır	135	84.4
Toplam		160	100.0



Tablo 8’de çiftlerin evlat edinme ve donasyon hakkındaki düşünceleri görülmektedir. Evlat edinmek isteyenler %21.9 evlat edinmek istemeyenler %56.2, emin değilim yanıtını verenler ise %21.9’dur. %3.1’i donasyonu istedikleri yanıtı vermiş, %96.9’u donasyonu istememişlerdir. Verilen yanıtlarda erkeklerin hiç biri donör spermi istememiştir.

**Tablo 8: Çiftlerin Evlat Edinme ve Donasyonla İlgili Görüşlerine Ait Veriler Yer Almaktadır**

	n	%
Evlat edinmeyi düşünür müsünüz?		
Evet	35	21.9
Hayır	90	56.2
Emin değilim	35	21.9
Donasyonla ilgili görüşleri		
Evet	5	3.1
Hayır	155	96.9
Toplam	160	100.0

## TARTIŞMA

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir. Dünya’da %8-10 rastlanma sıklığına göre 50-80 milyon kişi infertilite sorununa sahiptir.

Taşçı ve diğerleri yaptıkları çalışmada, infertilite süresi ortalaması 7.1, Oğuz’un çalışmasında hasta grubunun infertilite süresi ortalaması 6.36 yıl olarak belirlenmiştir. Peterson ve arkadaşlarının çalışmasında, infertilite süresi ortalaması 3.5 yıl olarak belirtilmiştir. Yaptığımız çalışmada infertil çiftlerin infertilite süresi ortalaması  $2.89 \pm 0.87$  yıl olarak tespit edildi (27).

Literatürde infertilite nedeni, %37 kadına, %28 erkeğe, %35 her iki cinse ait (olguların %5 açıklanmayan infertilite) olduğunu bildirilmektedir (4). Araştırmamızda 80 çiftin infertilite nedenini kadın faktörü % 26.25, erkek faktörü % 40.63, her ikisine ait %12.5, açıklanamayan % 20.3 olduğu saptandı. Toplumda infertilite etiyolojisinin daha çok kadından kaynaklandığı görüşü yaygındır. Yapılan birçok çalışmada kadın faktörü ön plana çıksa da, yaptığımız çalışmada erkek faktörü daha yüksek bulundu.

Prof Dr. Franco Junior YÜT-PDT’ni 128 kadında uygulamış kadınlarda yüksek çıkan stresli durumlar beş cevap üzerinde odaklanmıştır (2001) (13).

- Hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresi %82.8
- Hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendiğim zaman üzuldüm %77.3
- Gebe kalabilmek için daha önce yaşamış olduğum deneyim beni yeni bir IVF/ICSI denemesi için endişelendiriyor %76.5
- IVF/ICSI işlemlerinin tekrarı için gereken paranın bulunmasının yarattığı endişenin düzeyi %66.4
- Az sayıda yumurta toplama olasılığı laboratuvarında embriyo oluşma aşamalarındaki bekleme beni endişelendirir %57.8

Araştırmamızda YÜT-PDT'in de ise en fazla bildirilen stres yaratan durumlar ise şunlardır:

- Hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresi %82.5
- Hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendiğim zaman üzuldüm %80
- Az sayıda yumurta toplama olasılığı laboratuarda embriyo oluşma aşamalarındaki bekleme beni endişelendirir %75
- IVF/ICSI işlemlerinin tekrarı için gereken paranın bulunmasının yarattığı endişenin düzeyi %58.8
- Embriyo transferi ne düzeyde endişeye neden olur? %52.5

Ayrıca, çiftlerin %75'i psikolojik desteğin IVF/ICSI işlemlerindeki performansını belli bir ölçüde etkileyeceğine inandığını bildirdi. Görüldüğü gibi bulgularımız, Junior'un çalışma sonuçlarına paraleldir, en fazla endişe yaratan durumlar benzer olarak saptandı.

Karlıdere ve diğerlerinin yaptığı çalışmada Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan ve İnfertilite Dışında Genel Sağlık Sorunu Bulunmayan 103 İnfertil çiftin kadınlarının ve erkeklerinin depresif semptom şiddetinin klinik depresyona işaret etmeyecek düzeyde, durumluk kaygılarının normal, sürekli kaygılarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Bununla beraber; çiftin infertilitesinde kadınlar doğrudan sorumluydu (tek başına ya da eşi ile birlikte) depresif semptom şiddetleri erkeklerden yüksek olmuş, erkeklerde ise bu durum tek başına infertilite nedeni olduklarında bile geçerli olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında karşılaştırmada kadınlar tek başına infertilite nedeni olmaları halinde depresif semptomlarının daha fazla olduğu saptanmış, ancak erkeklerin depresif semptom şiddetleri infertilite sebebine göre farklı bulunmamıştır. Durumluk kaygı düzeyi tüm gruplarda kadın ve erkeklerde benzer sürekli kaygı düzeyi ise kadınlarda yüksek bulunmuştur. Bunun yanında her iki kaygı düzeyinin gruplar arası karşılaştırmalarda hem kadında hemde erkeklerde infertilite sebebine göre farklılık anlaşılmıştır. Her ne kadar durumluk kaygı düzeyi her iki cinsiyette normal ve benzer olsa da, depresif semptom şiddetlerinin ve sürekli kaygı düzeylerinin kadında erkeklerden daha yüksek bulunması infertil kadınların emosyonel zorlanmasının

eşlerinden fazla olduğu varsayımını doğrulamıştır. İnfertil çiftlerde kadınların depresif skorlarının erkeklerden yüksek olduğunu belirten çalışmalar yanısıra (Collins ve ark. 1992, Slade ve ark. 1997, Newton ve ark. 1999), kadınların depresif semptomlarının “erkek nedenli” infertilitede düşük (Khademi ve ark.2005), “kadın nedenli”(Kowalcek ve ark. 2001, Güz ve ark. 2003) ve “her iki nedenli” infertilitede (Khademi ve ark. 2005) daha yüksek olduğunu belirten çalışmalarda bulunmaktadır. Bunlara karşın emosyonel cevabın, infertilite sebebi ile ilişkili olmadığını ileri süren araştırmalarda mevcuttur (14,27,20).

Junior, YÜT-PDT uygulayarak yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere göre psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri bulgusunu elde etmiştir (13). Çalışmamızda kadınların erkeklere kıyasla yardımcı üreme teknikleri uygulamasından daha fazla olumsuz etkilendikleri belirlendi. İnfertilite süresi ve infertilite nedeni ile yardımcı üreme teknikleri uygulamasının yarattığı stres düzeyi arasında bir ilişki saptanmadı.

Ayrıca infertilite sebebi kime ait olursa olsun kadınlar daha çok suçluluk duygusu hissetmekte ve daha çok sorumluluk almaktadırlar. İnfertil kadınların birçoğu hamile ve çocukları olan kadınlarla bir araya gelmek istemez, kendilerine hamilelikle ilgili soru sorulmasından da rahatsız olduklarından sosyal çevrelerinden uzaklaşırlar. Toplum içerisinde erkek kaynaklı infertilite nedenini bile çoğu zaman sahiplenmektedirler. Buna bağlı olarakta daha fazla psikolojik problem yaşamaktadırlar (14,20,27).

Toplumun yüklediği annelik/gebelik şeklindeki sosyal rol kadının infertiliteyi tehdit olarak algılamasına ve daha kaygılı olmasına neden olabileceği (Mahlstedt 1985, Mindes ve ark. 2003, Güz ve ark. 2003) gibi, kadınlar olumsuz tepki verirken erkekler inkar ve unutmayı seçebilirler (Wright ve ark. 1991). Kadınların doğrudan infertilite sebebi olmaları halinde daha belirgin olmak üzere depresif semptomlarının ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olması bu bakış açısıyla açıklanabilir. İnfertil çiftlerde psikiyatrik sorunlar gebelik oranını etkilemektedir. Demyttenare ve ark., sağlıklı fertil kadınlarda yüksek kronik anksiyete düzeyi ile düşük gebelik oranını ilişkili bulmuşlardır. İnfertilite nedeni daha çok erkek faktörü olsa da, karmaşık ve girişimsel tedavi sürecine kadınların maruz kalmaları psikolojilerinin daha fazla etkilenmesine sebep olduğu düşünülebilir. Kadın ve erkeğin bedenleri ve infertiliteyi farklı algılayıp

sorunla başa çıkma yollarının farklı olabileceğini ve farklı psikiyatrik belirtiler sergileyebileceği bilinmektedir (14,15, 20, 27).

İnfertil çiftlere psikolojik desteğin etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde; Junior kadınların %46.8'i psikolojik desteğin yüksek düzeyde performansını artıracığına inandığını belirlemiştir (13). Bizim çalışmamızda da benzer bulguya ulaşıldı.

İnfertil çiftlerin evlilik uyumlarıyla ilgili Weaver ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada infertil kişilerin evlilik uyumu ve evlilik düzeyi infertil olmayan gruba eşit ya da daha yüksek olduğu belirtilmiş, Oğuzun çalışmasında infertil hastalar ve kontrol grubu arasında evlilik ilişkisinden memnuniyet konusunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (27). Yaptığımız araştırmada çiftlerin %93.8'nin eşiyle ilişkisinden çok memnun, %5.6'sının biraz memnun, %0.6'sının memnun olmadığı belirlendi. Eşinizden infertilite nedeniyle boşanmak istiyormusunuz sorusuna; hayır diyenler %97.5, evet diyenler %7.5, infertilite eşinizle ilişkinizi etkiliyormu sorusuna hayır diyenler %83.3 evet diyenler %16.2 olarak saptandı. İnfertilite eşlere problem çözme deneyimleri aracılığı ile daha yakınlaşma imkanı sağlamaktadır. İnfertil çiftlerin birbirleri ile uyumunun eşit ya da yüksek çıkması infertilite krizinin uzun yıllar eşle paylaşılması ortak kararlar alınması, ortak duyguların paylaşılmasına bağlanabilir. Çiftlerin büyük bir kısmı eşiyle çok mutlu olduğunu tek eksiklerinin çocuk olduğunu belirtmiştir.

İnfertil çiftlerin ailelerinin verdikleri tepkiler araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; Taşçı ve diğ. infertil çiftlerin %83.3'nün bir çocuğa sahip olma baskısını hissettiklerini bildirmiştir. Evlilikte uyum puan ortalamaları ile çocuk sahibi olması konusunda çevreden baskı görme arasında anlamlı fark elde edilmiş, Gülseren ve diğ. yalnız eşleri ve eşlerinin aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamıştır (14,27). Yaptığımız bu araştırmada %10.6 çocuğunun olmaması yüzünden ailesinden dışlandığı, %89.4 ailesinden dışlanmadığı bulgusu elde edilmiştir. Güz ve ark., eşinden ve eşinin ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve benlik saygısında düşme saptamıştır. Toplumsal yapı ağır bastıkça infertilite sorunu daha büyümektedir. Çiftler bu durumu bir özür olarak görmekte; evlilik sözleşmesinin en temel unsurlarından birinin ortadan kalktığını düşünmektedirler.

İnfertilite sebebi belli olmadığında ve eşlerin her ikisi de infertil olduğunda algılanan sosyal desteğin bireylerin emosyonel semptomları ile ilişkisinin olmadığını belirleyen araştırmalar bulunmaktadır (14,27).

Literatürde infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda Monga ve ark.'nın (2004), erkeklerde, Newton ve ark. ise (1999) kadınlarda daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu, infertilite sebebinin cinsel doyum ile ilişkisinin olmadığı (Ramezanzadeh ve ark. 2006), erkek infertilitesinin gerek kadının gerekse erkeğin cinsel işlevlerini daha fazla bozduğu (Newton ve ark. 1999), infertilite nedeni belli olmadığında kadınlar ve erkekler arasında fark olmadığı, kadın nedenli ve her iki nedenli gruplarda kadınların cinsel doyumunun daha az olduğu (Lee ve ark. 2001) bildirilmektedir. Kadınlığın annelik ve erkekliğin üretkenlik ile eşdeğer olduğu toplumlarda infertilite bireyin cinsel kimliği için bir risk oluşturabildiği (Nene ve ark.2005), infertilite tanısı konulana kadar, cinsel işlev bozukluğu olmayan erkeklerde, infertilite tanısından sonra değişik cinsel işlev bozuklukları geliştiği (Saleh ve ark. 2003, Jannini ve ark.2004), İnfertilite stresinin çekirdeğinde duran cinsel sorunların kadın ve erkekte depresyon riskini artırdığı (Newton ve ark. 1999, Peterson ve ark.2003), infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabileceği (Ramezanzadeh ve ark. 2006) bulgularına rastlanmıştır. Yapılan diğer araştırmalarda infertilite sonucunda kadınlarda, erkeklerde ya da her ikisinde cinsel istek, doyum problemleri ortaya çıktığına ilişkin veriler elde edilmiştir. Yaptığımız bu çalışmada çiftlerin %20'si infertilitenin cinsel yaşamını etkilediğini, %80'i cinsel yaşamını etkilemediği bulgusu saptandı. Çiftlerin cinsel yaşamlarının etkilenmediği sonucu çıksa da, çiftlerin cinselliği çocuk sahibi olmak üzerine odakladıkları için cinsel istek ve cinsel tatmini ikinci plana attıklarını sonucuna varılabilir (14,15,20,32).

Literatürlerde çiftlerin donasyon ve evlat edinme ile araştırmalar incelendiğinde M. Işıkoğlu ve ark. 400 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcıların %15 donasyonu istemediklerini belirtirken, istemeyenlerinin çoğunu erkeklerin oluşturduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da çiftlerin, %96.9'u donasyonu istemediğini, %21.9'u evlat edinmeyi istediğini, %56.2'sinin istemediğini bildirdi (12).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ulaşılan sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

### SONUÇLAR

- Kadın ve erkeğin infertilite durumunda stres yaşadığı fakat kadınların daha stresli olduğu belirlendi.
- IVF tedavisi olan çiftlerin infertilite sürelerinin yüksek olduğu görülmüştür.
- İnfertilite sebebinin daha çok erkek kaynaklı olduğu, ve çiftlerin tamamına yakınının infertiliteye sebep olan tıbbi nedeni bildiği belirlenmiştir.

### ÖNERİLER

- Erkek faktörü infertilite sebebini söyleyen erkeklerin mahçubiyet içinde olduğu görüldü. YÜT-PDT, IVF birimlerinde çiftlerin yaşadıkları stres düzeyini belirlemek ve gerektiğinde bir uzmana yönlendirmek amacıyla bir tarama testi olarak kullanılabilir.
- Sağlık profesyonellerinin infertil çiftlerin yüksek düzeyde stresli oldukları, özellikle kadınların bu durumdan daha fazla olumsuz etkilendiklerini göz ardı etmemelerine ilişkin farkındalık kazanmalarını sağlayacak eğitim programlarının hazırlanması,
- İnfertilite birimlerinde klinik psikolog ya da psikiyatri hemşiresinin görev yapması için gerekli yasal/ kurumsal düzenlemelerin yapılması

Dear **Rua D. Alberto Gonçalves**

I am working as nurse in Cerrahpasa Medical School, Istanbul University in Turkey. While I was studying on my master thesis, I found out your worthy studies about ‘‘the psychological evaluation test after the use of Assisted Reproduction Techniques’’. If you let me, I want to use this scale in my master dissertation. I would appreciate if you send me this scale. I will be very pleased if you allow me to use this scale in my research. Thank you very much for your courtesy.

Your sincerely.

Nuray Dilek

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesin de hemşire olarak alıŐmaktayım. Yüksek Lisans öğrencisiyim. Eğer izin verirsiniz yüksek lisans tezimde psikolojik değerlendirme testinizi (‘‘the psychological evaluation test after the use of Assisted Reproduction Techniques’’) kullanmak istiyorum teşekkür ederim.

Prof.Franco Junior 1500/CEP 14085-100

Ribeirao Preto ,SP.Brazil; e –mail [crh@crh.com.br](mailto:crh@crh.com.br); [franco@highnet.com.br](mailto:franco@highnet.com.br)

İzin alınmıştır.



## RE: Required Article

Kimden: **nuray dilek** (nev\_nuray\_dilek@hotmail.com)

Gönderme tarihi: 16 Haziran 2008 Pazartesi 15:34:06

Kime: CRH Prof.Franco Junior (crh@crh.com.br)

thank you

---

To: nev\_nuray\_dilek@hotmail.com

Subject: Required Article

From: crh@crh.com.br

Date: Mon, 16 Jun 2008 09:30:14 -0300

Dear Nuray,

Thanks for your interest. Please, find attach the PDF of the required article  
Any further information, mail us.

Best regards,

J G Franco Jr

## KATILIMCI BEYANI

Sayın Prof. Dr Nezihe KIZILKAYA BEJİ danışmanlığında Nuray DİLEK tarafından İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı Tüp Bebek Ünitesi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda ki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı "(denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilebileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeydim) Ayrıca tıbbi bakım ve tedavime her hangi zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorum ya da sorun olduğunda herhangi bir saatte, Nuray DİLEK'i 0212 414 31 99 numaralı iş telefonundan ya da 05072339701 numaralı cep telefonundan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı

reddedersen bu durumun tıbbi tedavime ve sağlık personelleriyle olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde" katılımcı"(denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

## GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarda gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmza:

Adresi:

Tel:

Velayet veya vesalet altında bulunanlar için veli veya vasinin

Adı-Soyadı:

İmza:

Adresi:

Tel:

Açılmaları yapan araştırmacının

Adı –Soyadı

İmza

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı

Soyadı:

İmza

Görevi:

## Ek 1- İNFERTİL HASTA TANILAMA FORMU

### SAYIN KATILIMCI;

YÜT (Yardımcı Üreme Tekniği) İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesine ilişkin bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle bu konu ile ilgili bazı sorular soracağım. Soruları içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim. Bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

**Araştırmacı Adı : Nuray DİLEK**

1. Yaşınız.....

2. Eğitim Durumunuz:

1) Okumaz –Yazmaz 2) Okur Yazar 3) İlköğretim 4) Orta Öğretim 5) Yüksek Öğretim

3. Mesleğiniz

1) Memur 2) İşçi 3) Serbest 4) Emekli 5) Diğer 6) Ev hanımı

4. Ekonomik Durum

1) Muhtaç durumdayım 2) Ancak geçinebiliyorum 3) Orta Derecede iyi

4) İyi Durumda 5)Çok İyi

5. Sosyal güvenceniz var mı ?

1) Evet 2) Hayır

6. Aile Tipi:

1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

7. Evlilik Yaşı:

8. Evlilik süresi:

9. BU KISMI SADECE KADIN HASTALAR DOLDURACAKTIR

Gebelik Sayısı:

Düşük Sayısı:

Küretaj Sayısı:

Doğum Sayısı:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

10. Kaç yıldır infertilsiniz (Kaç yıldır çocuğunuz olmuyor)

- 1) 1- 2 yıl      2) 3-5 yıl      3) 6-10 yıl      4) 11 ve üstü

11. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?

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

12. Daha önce hangi tedavi yöntemlerini kullandınız:

13. IVF/ ICSI ( Tüp bebek )Sayınızı belirtiniz :

14. IUI (Aşılama)Sayınızı belirtiniz:

15. TESE +ICSI sayınızı belirtiniz:

16. Tüp Bebek tedavisi için geçirdiğiniz ameliyat sayısı:

17. İnfertilite nedeni kime ait?

- 1) Kadın      2) Erkek      3) Her ikisindedey      4) Sebebi bilinmeyen

18. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan tıbbi sorunu biliyor musunuz ?

Evet ise nedeni.....

Hayır

19. Çocuğunuzun olmaması eşinizle olan ilişkinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

20. Çocuğunuzun olmaması cinsel yaşamınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

22. Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

23. Çocuğunuzun olmaması yüzünden ailenizden dışlandığınızı düşünüyor musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

24. Çocuğunuz olmadığını yakın çevrenizden saklama ihtiyacı duyuyor musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

25. Çocuğunuzun olmaması durumuna eşinizin verdiği tepki nasıl?

- 1) Anlayışlı      2) Tehditkar      3) öfkeli      4) Umutsuz  
5) Tedavi arayışında      6) Suçluluk hissi      7) Hayal kırıklığı  
8) Diğer.....

26. Çocuğunuz olmadığı için eşiniz'in sizden ayrılacağını düşünüyor musunuz?

- 1) Evet      2) Hayır

2. Eşinizle aranızdaki ilişkiden memnuniyet dereceniz nedir?

- 1) Çok memnunum      2) Biraz memnunum      3) Memnun değilim

28. Evlilik yaşantınızı hakkında ne düşünüyorsunuz ?

.....

29. Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?

- 1) Çok üzülüyorum      2) boşanmaktan korkuyorum      3) Eşimden ve ailesinden utanıyorum  
4) Çok mutsuzum      5) Hiç birşey değişmedi

30. Evlat edinmeyi düşünür müsünüz?

- 1) Evet      2) Hayır      3) Emin değilim

31. Dönör oositi veya dönör spermi için görüşünüz?

- 1) İstiyorum      2) Olabilir      3) İstemem      Nedeni :  
.....

**EK- 2. Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Technigues**

<b>PET-ART of Patients Submitted to IVF/ICSI Technigues at Least Once</b>	<i>Mild intensity</i>	<i>Medium intensity</i>	<i>Hing intensity</i>	<i>Maximum or unbearable Intensity</i>
1) I was sad after receiving the negative result of the pregnancy test				
2) After a negative pregnancy test I noticed that the degree of participation of the medical team in the failure of this fact may be quantified in this item				
3) The intensity of concern provoked by the injections was				
4) The fear of performing anesthesia				
5) Finding the money necessary for the repetition of the IVF\ ICSI techniques produced a degree of concern				
6) I believe that psychological support will help my performance in the IVF\ICSI program at an intensity				
7) The waiting time before being submitted to a pregnancy test makes me anxious				
8) My experience in obtaining pregnancy makes me anxious in a new attempt of IVF\ICSI				
9) The fact of having excess embryos which will be kept in the laboratory for an undetermined period of time causes a degree of anxiety				

<b>PET-ART of Patients Submitted to IVF/ICSI Technigues at Least Once</b>	<i>Mild intensity</i>	<i>Medium intensity</i>	<i>Hing intensity</i>	<i>Maximum or unbearable Intensity</i>
10) The possibility of having twins or triplets causes met o be stressed by the assisted reproduction treatment at an intensity				
11) Does the moment of embryo transfer produce considerable concern?				
12) These technigues of embryo production in the laboratory , although not causing problems in newborn children , make me anxious about the health of my future child at an intensity				
13) I am often worried about the side effects of so much medication that I use to produce eggs at an intensity				
14) The rest after the procedure and the fact than Icannot have sexual relations or exaggerate physical exercise for 14 days makes me anxious at an intensity				
15) The possibility of collecting few eggs , or of forming embryos in the laboratory is an expectation that makes me anxious				



Asağıda size yardımcı üreme teknikleri ile ilgili yaşadığınız deneyimlere/hissettiklerinize yönelik hazırlanan 15 sorudan oluşan **PET –ART** (Psychological Evaluation Test After the Use of Assisted Reproduction Technigues) Yardımcı üreme tekniği uygulamasından sonra psikolojik değerlendirme test sorularına içtenlikle cevap verirseniz araştırma amacına ulaşacaktır. Teşekkürler

Araştırmacı : Nuray DİLEK

**EK-2 YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ UYGULAMASINDAN SONRA  
KULLANILAN PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME TESTİ**

<b>En az bir kez IVF/ICSI uygulan hastalara önerilen Psikolojik Değerlendirme Testi</b>	Hafif Şiddette	Orta Şiddette	Şiddetli	ok Şiddetli ya da çekilmez Düzeyde
1)Hamilelik testinin negatif olduğunu öğrendiğim zaman üzöldüm				
2) Negatif gebelik testinden sonra bu başarısız denemede sağlık ekibinin de rolü olabileceğini anladım				
3) Enjeksiyonların neden olduğu endişenin şiddeti				
4) Anestezi yapılma korkusu				
5) IVF/ICSI işlemlerinin tekrarı için gereken paranın bulunmasının yarattığı endişenin düzeyi				

**EK-2 YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ UYGULAMASINDAN SONRA  
KULLANILAN PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME TESTİ**

<b>En az bir kez IVF/ICSI uygulanan hastalara önerilen Psikolojik Değerlendirme Testi</b>	Hafif Şiddette	Orta Şiddette	Şiddetli	Çok Şiddetli ya da Çekilmez Düzeyde
6) Psikolojik desteğin IVF/ICSI işlemlerindeki performansımı belli bir ölçüde etkileyeceğine inanıyorum				
7)Hamilelik testi yapılmadan önceki bekleme süresi beni endişelendiriyor.				
8) Gebe kalabilmek için daha önce yaşamış olduğum deneyim beni yeni bir IVF/ICSI denemesi için endişelendiriyor.				
9) Oluşan fazla embriyoların laboratuarda belirsiz bir süre için saklanacak olması beni belirli bir derece endişelendirir.				
10)İkiz yada üçüz olma ihtimali yardımcı üreme tekniği konusunda stresli olmama neden oluyor				
11)Embriyo transferi ne düzeyde endişeye neden olur?				
12) Laboratuarda embriyo oluşturma teknikleri yenidoğan da bir soruna neden olmasada, çocuğumun ilerideki sağlığı hakkında beni bir derece endişelendirir.				

**EK-2 YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ UYGULAMASINDAN SONRA  
KULLANILAN PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME TESTİ**

<b>En az bir kez IVF/ICSI uygulanan hastalara önerilen Psikolojik Değerlendirme Testi</b>	Hafif Şiddette	Orta Şiddette	Şiddetli	Çok Şiddetli Yada çekilmez Düzeyde
13) Yumurta üretimi için kullandığım tedavi yöntemlerinin yan etkileri beni sık sık endişelendirir.				
14) Yöntemden sonra dinlenme zamanı, 14 gün boyunca aşırı fiziksel aktivite ve seks yapamama beni bir derece endişelendirir.				
15) Az sayıda yumurta toplama olasılığı laboratuvar da embriyo oluşma aşamalarındaki bekleme beni endişelendirir				

## KAYNAKLAR

1. Akyüz A.: İnfertilitede Danışmanlık. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Kitabı, Bursa, 2009, s.187-189.
2. Akyüz A.: IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2001 (Danışman Prof.Dr.Dz.Sağ.Kd. Alb. Nur İnanç)
3. Bankowski JB., Vlahos N.: İnfertilite ve Üremeye Yardımcı Teknolojiler. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, Editör: Brandon J. Bankowski, Amy E. Hearne, Nicholas C. Lambrou, Harold E. Fox, Edward E. Wallach. Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2005, s. 376-383.
4. Boivin Et Al. İnternational Estimates of İnfertility Prevalence and Treatment-Seeking: Patential Need and Demand for İnfertility Medical Care, Human Reproduction 22(6): 1506-1512, 2007
5. Burs L.H., Coving S.N.: Psychology of İnfertility. İn: İnfertility Counseling A Comprehensive Hand Book For Clinicians. Edit: Linda Hammer Burns, Sharon N Covington, London, 2000, p:3-23
6. Brucker S.B., McKenry C.P.: Support From Health Care Providers and the Psychological Adjustment of İndividuals Experiencing İnfertility. Journal of obstetrics neonatal nursing, 33:597-603, 2004.
7. Conway E.M.: Gender Differences in Couples Reactions to İnfertility in an Irish Clinic. Fertility and Sterility; 78(3):215, 2002
8. Cousineau TM., Domar A. Psychological Impact of İnfertility. Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynaecology; 21(2): 293-308, 2007
9. Dr. Esinle İ.: Yardımcı Üreme Teknikleri Tedavilerinde Sosyal, Etik ve Dini Sorular. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi., Ankara, 2007, cilt: 3, sayı:13, s. 87-90

10. Göknelma Y.: Sterilite, IVF ve Psikosomatik. Sterilite ve IVF Tedavisi, Editör: İsmet Sami Turanlı, Karl Heinz Broer. Elit Yayın ve Dağıtım A.Ş., Ankara, 1991, s: 163-167
11. Holter H., Anderheim L., Bergh C., Möller A. First IVF Treatment- Short Term Impact on Psychological Well- Being and the Marital Relationship. Human Reproduction Advanced Access Puplished August 24;1-8, 2006
12. Isikoglu M., Senol Y., Berkkanoğlu M., Ozgur K., Donmez L. and A. Stones-Abbasi.: Puplic Opinion Regarding Oocyte Donation in Turkey: First Data From a Secular Population Among the Islamic World. Human Reproduction, 2005, 21(1):318-323
13. Junior F.G.J., Baruffi R.L.R., Mauri L.A., Petersen C.G., Felipe V., Garbellini E.: Psychological Evaluation Test After the Usa of Assisted Reproduction Techniges. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 19:6, 2002
- 14 Dr. Karlıdere T., Dr. Bozkurt A., Dr. Yetkin S., Dr. Doruk A., Dr. Sütçigil, Dr. Özmenler K.N., Dr. Özşahin A.: Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı?. Türk Psikiyatri Dergisi, Ankara, 18(4):311-322, 2007
15. . Kavlak O., Saruhan A.: İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi., İzmir, 41(4):229-23, 2002
16. Kızılkaya Beji N., Yavan T., Dikencik Küçük B., Akın N., Dinç A., Oskay Yeşiltepe Ü., Demirci H., Reis N.: İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri., İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Editör: Nezihe Kızılkaya Beji. F. N. Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları No: 4, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2001, s.75-92,93-102, 103-117
17. Latha V.: Self –Concept in İnfertile Women. Nursing Journal of İndia; 96(3):55, 2005

- 18.** Lemmes GMD., Vervaeke M., Enzlin P., Bakelants E., Vanderschueren D., Hooghe TD., Demyttenaere K. Coping with Infertility: a Body-Mind Group Intervention Programme for Infertile Couples. *Human Reproduction*; 19(8): 1917-1923, 2004
- 19.** Martin M.C., MD., *Reproduktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi*, Editör: Martin L.P., MD. Barış Kitap Evi, İstanbul, 1999, s.1283-1285
- 20.** Özçelik B., Karamustafaloğlu O., Özçelik A.: İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*, İstanbul, 8:140-148, 2007
- 21.** Peterson BD., Newton CR., Rosen KH. Examining Congruence Between Partner's Perceived Infertility- Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process*, 2003,42(1):59-70
- 22.** Plowman F.: İnfertilite ve Hemşirenin Rolü. *Practical Guide to Reproductive Medicine*, Editör: Paul A. Rainsbury and David .A. Viniker. Atlas Kitapçılık Ltd.Şti. , Ankara, 1998, s: 293-300
- 23** PHD., Boxer S.D.: Infertility and Sexual Dysfunction. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics, North America*,1996, 7:3, s:565-575
- 24 .** Polit DF: The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nurse & Health*, 29: 489-497,2006
- 25.** Reed SA., Horn AS.: Medical and Psychological Aspects of Infertility and Assisted Reproductive Technology for the Primary Care Provider. *Military Medicine*, 166: 1018, 2001
- 26.** Schmidt L., Holstein BE., Christensen U., Boivin J. Communication and Coping as Predictors of Fertility Problem Stress: Cohort Study of 816 Who Did Not Achieve a Delivery After 12 Months Of Fertility Treatment. *Human Reproduction*; 20(11): 3248-3256, 2005

- 27.** Taşçı E., Bolsoy N., Kavlak O., Yücesoy F.: İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (T.J.O.D), İzmir, , Cilt:5, Sayı: 2, s. 105-110, 2008
- 28.** Dr. Tashbulatova D.: İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007 (Danışman Doç. Dr.Atilla Arıdoğan)
- 29.** Taşkın L.: İnfertilite Hemşireliğinde Geleceğe Bakış. 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitapları, Ankara, 2009, s. 117-119
- 30.** Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: İnfertilite: Hizmetlerinin Düzenlenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., Üçüncü Basım Ankara, 2000
- 31.** Ungerleider J., Rothchild TC., Nichols L. : İnfertilite Danışmanlığı : Sosyal Hizmet Uzmanının Rolü. Boston IVF İnfertilite El Kitabı, Editör: Steven R. Bayer, Michael M.Alper, Alan S. Penzias. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2008, s.177-187,187-195
- 32.** Dr. Upkong D, Dr. Orji EO : Nijarya'daki Kadınlarıda Ruh Sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4):259-265, 2006
- 33.** Yao MWM., Schust JD. İnfertilite : Novak Jinekoloji, Editör: Jonathan S. Berek, MD, MMSC. Nobel Top Kitapevleri Ltd. Şti. İstanbul, 2004, s. 973-1045

## ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Elazığ'da doğan Nuray DİLEK ilköğretimini İzmir Karşıyaka Atatürk ilköğretim okulunda, ortaöğretimini İzmir Karşıyaka Mürşide Altın Çubuk orta okulunda, liseyi Şemikler lisesinde bitirmiştir. 2002'de Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaya başlamış ve halen aynı üniteye çalışmaktadır.

2007'de Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Doğum Hastalıkları bölümünde Yüksek Lisansa başlamıştır.

### Katıldığı Programlar:

- Sadi SUN Yoğun Bakım Ünitesi Oryantasyon Eğitim Kursu (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2002)
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu (2003)
- Neonatal Resitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (İstanbul Üniversitesi 2003)
- Kardiyopulmoner Resutasyon Kursu (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2004, 2006)
- Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulaması: Çocuklarda Acı ve Üzüntünün Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Sempozyumu ( Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, Tekxas Children's Hospital ve Koç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu 2005)
- Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anne ve Bebek Sağlığı Vakfı, 1. Yenidoğan Hemşireliği Sempozyumu 2007
- Doğum Kliniği, Jinekoloji ve Obstetride Güncel Tanı Yöntemleri Sempozyumu( Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları 2008)



- İstanbul Tıp İnfertilite ve Perinatoloji günleri 2008
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyumu 2008

Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği üyesidir. Bekar olup orta derece İngilizce bilmektedir.



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



ı : 34283  
ıu :

İstanbul ..... / ..... / .....

25 Kasım 2008

Dekanlık Makamına

İLGİ: 21.10.2008 tarihli,30573 sayılı yazınıza:

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.NEZİHE KIZILKAYA BEJİ'nin danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi NURAY DİLEK'in yürüteceği "YÜT (Yardımcı Üreme Tekniği) İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 18 Kasım 2008 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.  
Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

EKİ:  
1 dosya

Not: Yanıtlarda yazımın gün sayısını belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212) 4143000