



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE
KALAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ÖZLEM KAYABAŞI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2018



**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Özlem KAYABAŞI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2018

Özlem KAYABAŞI tarafından hazırlanan “Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan: Doç.Dr. Ülkü POLAT
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Dr. Öğr. Üyesi İlknur Münevver GÖNENÇ
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 25/06/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Özlem KAYABAŞI

25/06/2018



YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Özlem KAYABAŞI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2018

ÖZET

Araştırma, yardımcı üreme teknikleriyle (YÜT) gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesini, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri, yaşam kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesi ile evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 120 gebe oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak tanıtıcı bilgi formu, evlilik yaşam doyumu ölçeği, algılanan stres ölçeği (ASÖ) ve Doğurganlık sorunları yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçeği (FertiQol) kullanılmıştır. Verilerin analizinde; Student t test, Mann Whitney U testi, ANOVA testi, LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Gebelerin ASÖ toplam puan ortalaması $16,38 \pm 4,721$, Evlilik Doyum Ölçeği puan ortalaması $23,03 \pm 4,461$ ve FertiQol toplam puan ortalaması $81,25 \pm 17,56$ 'dir. FertiQol toplam puan ortalaması ile ASÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde orta şiddette bir korelasyon ($r=-0,551$, $p=0,001$), FertiQol toplam puan ortalaması ile evlilik yaşam doyumu puan ortalaması arasında ise pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon ($r=0,452$, $p=0,001$) saptanmıştır. FertiQol ilişkisel alt boyutu ile çalışma durumu ve eşlerin eğitim durumu arasında; FertiQol zihin-beden alt boyutu ve sosyal alt boyutu ile gelir durumu algısı arasında; aile biçimi ile FertiQol toplam puan ortalaması, çekirdek modül puan ortalaması, ilişkisel alt boyut puan ortalaması ve sosyal alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda; YÜT ile gebe kalan kadınlara eğitim verilmesi, destek gruplarının oluşturulması, stresle baş etme tekniklerinin anlatılması, evlilik uyumu sorunlarının saptanarak danışmanlık yapılması, çalışmalarının desteklenmesi ve sunulan hizmetlere eşlerinin de katılımının sağlanması önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.2

Anahtar Kelimeler : Yardımcı Üreme Teknikleri, Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres, Evlilik Doyumu, Hemşire

Sayfa Adedi : 66

Danışman : Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

THE QUALITY OF LIFE AND THE FACTORS THAT AFFECT IT IN WOMEN WHO
BECOME PREGNANT WITH ASSISTED REPRODUCTION TECHNIQUES

(M. Sc. Thesis)

Özlem KAYABAŞI

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2018

ABSTRACT

The research was conducted in a descriptive- relationship seeker manner to identify the quality of life, factors affecting the quality of life, the relationship of the quality of life with perceived stress and marriage satisfaction in women who become pregnant with assisted reproductive techniques. The sample of the study consisted of 120 pregnant women. Questionnaire form, marital life satisfaction scale, perceived stress scale (PSI) and quality of life scale (FertiQoL) for those who have fertility problems were used as data collection tools. In data analysis, Student's T-test, Mann-Whitney U test, ANOVA test, LSD multiple comparison method and Pearson's correlation coefficient were used. The PSI total score average of pregnant women was $16,38 \pm 4,721$, the average score of Marriage Satisfaction Scale was $23,03 \pm 4,461$ and the average score of FertiQol was $81,25 \pm 17,56$. It is identified that there is a moderate negative correlation ($r = -0.551$, $p = 0.001$) between the FertiQol total score and the PSI total score, and also a moderate positive correlation between the FertiQol total score and marriage satisfaction score ($r = 0.452$, $p = 0.001$). There is a statistically significant relationship between FertiQol relational sub-dimension and employment and educational status of couples, between FertiQol mind-body and social sub-dimension and income status perception, between family form and FertiQol total score, core module score, relational and social sub-dimension score ($p < 0.05$). In line with these results, organizing trainings for women who become pregnant with assisted reproductive techniques (ART), forming support groups, teaching techniques to overcome the stress, counseling of marital adjustment problems, supporting their efforts and the participation of their spouses to the services provided.

Science Code : 1032.2

Key Words : Assisted Reproduction Techniques, Quality of Life, Perceived Stress, Marital Life Satisfaction, Nurse

Page Number : 66

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca yardımları ve katkılarıyla bana destek olan, akademik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, hoşgörüsünü esirgemeyen, kıymetli zamanını ayıran değerli danışman hocam Doç. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR'e,

Yüksek Lisan Eğitim- Öğretimim boyunca bana destek olan, manevi destekleri ile her zaman yanımda olan değerli Birim Sorumlusu Gülsen Kurnaz'a, ACYB sorumlu hemşiresi Hülya Erdoğan'a, klinik becerilerimi geliştirmemde büyük katkıları olan rol modelim Aysel Demirel'e, Acil Cerrahi Yoğun Bakımda ve Kadın Doğum Servisinde birlikte çalıştığım değerli meslektaşlarıma,

Varlığını her zaman yanımda hissettiren değerli dostum Ayşegül DEMİR'e,

Çalışmanın gerçekleşmesine katkı sağlayan hastalara ve ailelerine,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi eğitim sürecimde de maddi manevi tüm destekleriyle bana destek olan, başarılarımı kendilerine mutluluk kaynağı yapan, sevgileriyle ve varlıklarıyla bana güç veren, annem Cemile KAYABAŞI'na, babam Alahattin KAYABAŞI'na ve kardeşim Erdiç KAYABAŞI'na,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. İnfertilite.....	7
2.1.1. İnfertilite tanımı	7
2.1.2. Epidemiyoloji.....	8
2.1.3. Etyolojisi	9
2.1.4. İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri	9
2.1.5. İnfertilitenin kadın sağlığına psikososyal etkileri	15
2.2. Yaşam Kalitesi	16
2.2.1. Yaşam kalitesi tanımı.....	16
2.2.2. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler	16
2.2.3. İnfertilite ve yaşam kalitesi ilişkisi	17
2.3. Stres.....	18
2.3.1. İnfertilite ve stres ilişkisi.....	18
2.4. Evlilik Doyumu	20
2.4.1. İnfertilite evlilik doyumu ilişkisi.....	20
2.5. İnfertiliteye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri toplama araçları.....	24
3.5. Araştırmanın Uygulanması	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR	29
4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
4.2. Algılanan Stres Ölçeği, Evlilik Doyum Ölçeği ve FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	30
4.3. FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Evlilik Doyum Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar	30
4.4. FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Analizleri	32
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
6.1. Sonuçlar.....	43
6.2. Öneriler	44
KAYNAKLAR	45
EKLER.....	55
Ek-1. Etik Komisyon Raporu.....	56
Ek-2. Hastane Çalışma izin Yazısı.....	58
Ek-3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	60
Ek-4. Tanılama Formu	61
Ek-5. Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği	62
Ek-6. Algılanan Stres Ölçeği	63

Sayfa

Ek-7. FertiQol International.....	64
ÖZGEÇMİŞ.....	66



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri	29
Çizelge 4.2. Algılanan stres ölçeği, evlilik doyumu ölçeği ve fertiQoL yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	30
Çizelge 4.3. FertiQoL yaşam kalitesi ölçeği puanları ile algılanan stres ölçeği ve evlilik doyumu ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar	31
Çizelge 4.4. Gebelerin çalışma durumuna göre FertiQoL yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	32
Çizelge 4.5. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine göre FertiQoL yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı	33
Çizelge 4.6. Gebelerin gelir durumu algılarına göre FertiQoL yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırmaları	34
Çizelge 4.7. Gebelerin aile biçimlerinin FertiQoL yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırılması	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
ASO	Algılanan Stres Ölçeği
ASRM	Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine Practice Committee)
BKI	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E2	Östrojen (Estradiol)
FERTİQOL	Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life Tool)
FSH	Folikül Stimulan Hormon
GIFT	Gametlerin İntrafallopian Transferi
HRQL	Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Health Related Quality of Life)
ICSI	İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF-ET	İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
LH	Luteinizan hormon
NICE	Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (National Institute for Health and Clinical Excellence)
PID	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
TNSA	Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZİFT	Zigotların İntrafallopian Transferi

1. GİRİŞ

Problem tanımı ve önemi

İnfertilite en az bir yıllık süre boyunca herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalınamaması olarak tanımlanmaktadır (Petraglia, Serour ve Chapron, 2013). 1950’li yılların başından beri yapılan demografik araştırmalar doğum oranlarında özellikle tüm Avrupa ülkelerinde azalma meydana geldiğini göstermiştir (Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017). İnfertilite prevalansı dünya çapında yaklaşık 80 milyon kişiyi etkilemektedir. Dolayısıyla, dünyada her on çiftten birinin, primer ve sekonder infertiliteye sahip olduğu tahmin edilmektedir (Cousineau, 2007). Tüm dünya genelinde infertiliteden etkilenme oranının %9-30 olduğu, gelir düzeyi yüksek ülkelerde nüfusun yaklaşık %15’inin, gelir düzeyi düşük ülkelerde ise %30’unun infertilite sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infertilitenin görülme sıklığını %15 olarak belirtmektedir (Petraglia, Serour, Chapron, 2013). Türkiye’de 11 milyon evli çiftin, 1.1 milyonunun infertil olduğu tahmin edilmektedir (Onat ve Beji, 2012). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre Türkiye’de primer infertilitenin halen evli olan kadınlar arasında %4 olduğu, 45-49 yaş grubundaki kadınların ise %7’sinin çocuk sahibi olamadığı belirtilmiştir (TNSA 2013).

Dünya çapında milyonlarca çift infertilite sorunu yaşamaktadır (Sheikhan, Ozgoli, Azar ve Alavimajd, 2014). Bu durumun kadınların geleneksel rollerindeki değişim, çiftlerin ileri yaşta evlenmeleri ve çocuk sahibi olmayı ertelemelerinin yanı sıra, alkol, sigara gibi madde kullanımı, beslenme alışkanlığının değişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması gibi riskli yaşam biçimi davranışlarından kaynaklandığı bildirilmektedir (Teskereci ve Öncel, 2013). Yaşamın temel yapısı bireylerin çoğalmasıyla gelecek nesillerin oluşturulması ve soyun devamlılığını sağlamaktır. Hemen her toplumda evlilikte çocuk sahibi olmak; çiftler için biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir ihtiyaçtır. Özellikle çocukluktan itibaren kadınlar için anne olamamanın yarattığı psikolojik baskı toplumun kadına yüklediği anne olma rolüne bağlı olarak daha da yoğun hissedilmektedir (Sezgin ve Hocaoglu, 2014).

İnfertilite ani ve beklenmedik bir yaşam krizi olarak kendini göstererek stres oluşturmaktadır. Bu nedenle, infertilite tanısı ve tedavisi eşlerin her birinde ciddi strese yol

açan kederli bir durumdur (Ardabil, Moghadam, Salsali, Ramezanzadeh ve Nedjat, 2011; Akyüz, Şahiner, Seven ve Bakır, 2014; Onat, 2014). İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalırsa bile stres yaşama devam etmektedir. İnfertilite sonrası gebelik; gebelik komplikasyonu ve gebelik kayıpları yönünden daha fazla risk taşımakta ve kaygılı gebelik olarak da tanımlanmaktadır (Koç ve Kızılkaya-Beji, 2016; Van den Broeck, Emery, Wischmann ve Thorn, 2010). Yapılan bir çalışmada in vitro fertilizasyon (IVF) ile ikiz gebeliklerde maternal stres seviyelerinin gebelik boyunca spontan gebeliklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Baor ve Soskolne, 2010).

İnfertilite sorununun ve Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) sonrası yaşanan gebeliğin devamına ilişkin belirsizliğin oluşturduğu stres çiftler arasında gerginlikler yaşanmasına neden olabilmektedir (Koç ve Kızılkaya-Beji, 2016). Bununla birlikte infertilite tedavisi bazen beklenilenden daha uzun sürmekte bu durumda eşler arasındaki evlilik uyumu bozulabilmektedir (WHO, 2010). Qadir ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında primer infertil olan kadınlarda evlilik uyumu ile psikolojik stres arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir. Bodur ve arkadaşları (2013) çalışmasında anlamlı fark belirlenmese de infertil kadınların erkeklere göre evlilik uyumunda daha fazla azalma bildirdiğini, infertil çiftlerde evlilik uyumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin düştüğünü belirlemiştir. Taşçı ve arkadaşları (2008) çocuk sahibi olma konusunda çevreden baskı gören çiftlerin evlilik uyumlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy, 2008).

İnfertilite çiftin ilişkisini olumsuz etkilediği için önemli bir yaşam krizi olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyüz ve arkadaşları, 2013). İnfertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit eden bir yaşam krizidir (Peterson, Boivin, Norré, Smith, Thorn ve Wischmann, 2012). Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (The WHOQOL Group, 1995). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQL), sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarında algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (Hunt, 1997). Bu nedenle infertilite sorunu yaşayan kadınların yaşam kaliteleri yaşadıkları stresli süreç ve eşiyle yaşadıkları sorunlardan etkilenebilmektedir.

Günümüzde infertilite sorunun çözümünde yardımcı üreme tekniklerinden (YÜT) yararlanılmaktadır. YÜT sonrası gebelik gerçekleşse bile anne; gebeliği kabullenememe, bebeğini kaybetme korkusu, anksiyete, bulantı kusma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. İnfertil kadın ve eşi için mutlu ve keyifli bir süreç olarak beklenen gebelik, zorlu bir sürece dönüşmektedir (Kendall 2008; Coşkun, Yılmaz ve Yılmaz, 2009). Bu nedenle, çiftler gebelik sonrası daha fazla danışmanlığa gereksinim duyabilmektedirler. Bu alanda hizmet veren hemşirelerin bu çiftlerin karşılaşabileceği sorunları bilmek, sağlık personeli için etkili danışmanlık hizmeti vermek ve yaşayacağı sıkıntıların en aza indirgenmesi açısından oldukça önemlidir. İnfertil kadınlar, uzun süren bir tedavi sürecinden sonra beklenen gebelik gerçekleşmesine rağmen, bebeklerini kucağına alana kadar; hem psikolojik hem de fiziksel birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır (Koç ve Kızılkaya-Beji, 2016).

YÜT gebelikleri gerek infertilite nedenine gerekse YÜT işlemlerine bağlı olsun riskli gebeliklerdir ve izlemleri sırasında bu konunun akılda tutulması gereklidir (Möröy ve Yörük 2009; Farhi, Reichman, Boyko, Hourvitz, Ronel ve Lerner-Geva, 2013). Hemşireler YÜT kullanan bireyler ile en fazla zaman geçiren kişiler olarak, aileleri potansiyel riskler konusunda bilgilendirme ve danışmanlık gibi önemli rollerini gerçekleştirmede anahtar konumda yer almaktadır.

İnfertilite sorunu yaşayan bireylere yapılan uygun danışmanlık hizmeti ile tedavi başarısı artmakta, bireylerin kriz yönetimi ve infertilite stresi ile baş etme becerileri geliştirilmektedir. Bireyin anksiyete, stres ve depresyon gibi psikolojik sorunların önlenmesi ya da azaltması sağlanmaktadır. Bu süreçte çiftler arasındaki iletişimi güçlendirmektedir (Güngör ve Beji, 2015; Aşçı ve Beji, 2012).

İnfertilite hemşireliği multidisipliner bir ekip içerisinde infertil çiftin değerlendirilme, tedavi ve erken gebelik süreçlerinde çiftlere duyarlı, bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla bakım veren özelleşmiş hemşirelik alanıdır (RCN, 2013). İnfertilite hemşireleri tıbbi bakımdaki rolleriyle birlikte; uygulayıcı/klinisyen, eğitim/danışman, araştırmacı, yönetici-koordinatör ve hasta hakları savunucusu rollerini de gerçekleştirmektedir (Ashcroft, 2001; Oltuoğlu, Günay ve Aylaz, 2014; Güngör ve Beji, 2015; Kavlak, 2015; Şahin, 2012). Yardımcı üreme tekniklerine başvuran aileleri destekleme, bilgi ve danışmanlık verme hemşirelerin rolleri arasında yer almaktadır. İnfertilite danışmanlığı, ruhsal problemleri tedavi etmekten ziyade süreci iyileştirmek için uygulanan terapötik bir

müdahaledir. Bireyleri bilgilendirmek ve desteklemek, çiftlere infertiliteye ve tedavisine ilişkin konuları açıklamak, çiftlerin içinde bulundukları durumu anlamalarını sağlayarak gelişen sorunlara etkili çözüm üretmelerine yardımcı olunmalıdır (Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017). Bu nedenle hemşireler, YÜT hakkında aileleri gereksinimlerine uygun şekilde bilgilendirmeli, stresli tedavi süreçlerinde aileleri psikososyal açıdan desteklemeli, tedavilerin bireysel ve çiftler üzerindeki etkileri ve sonuçları hakkında güncel ve güvenilir bilgiye sahip olmalıdır (Yaşar ve Terzioğlu, 2014).

Araştırmanın amacı

Bu çalışma; Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesini, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri, yaşam kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesi ile evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

- Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesi nasıldır?
- Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesi ile algılanan stres arasında ilişki var mıdır?
- Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesi ile evlilik doyumu arasında ilişki var mıdır?

Sınırlılıklar

- Çalışma sadece Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi tüp bebek ünitesinde yapıldığı için araştırma sadece bu evrene genellenebilir.
- Araştırma bulguları gebelerin kendi beyanlarına dayanmakta olup araştırmacı tarafından gözlenmemiştir.

Araştırmanın zorlukları

Araştırma için seçilen örneklem tüp bebek merkezinde tedavisi olumlu sonuçlandıktan sonra normal gebe poliklinik servisinde takip edilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda yer alan gebelere tüp bebek merkezinde değil normal gebelik polikliniğinde ulaşılmıştır. Ancak normal gebe polikliniğinde muayene olmak için bekleyen gebelerin normal yoldan ya da YÜT ile gebe kaldıklarına dair araştırmacı herhangi bir bilgiye sahip değildi. Bu nedenle veri toplama aşamasında örnekleme alınan gebeler seçilirken, araştırmacı gebe polikliniğinde beklemekte olan tüm gebelere hangi yolla gebe kaldıklarını sormak zorunda kalmıştır. İnfertilite ve YÜT ile gebe kalmak toplumsal açıdan etiket oluşturmakta ve gebeler bu durumu gizlemektedirler. Aynı zamanda araştırmanın yapıldığı poliklinik ortamı gizliliğin sağlanabildiği bir ortam değildi. Tüm bu kısıtlılıklar, kadınların YÜT ile gebe kalsalar bile bunu saklama eğilimi gösterip araştırmaya katılmamasına neden olmuştur. Bu sebepten dolayı veri toplama süreci uzun sürmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilite

2.1.1. İnfertilite tanımı

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumudur (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008; Zegers-Hochschild, Adamson, Mouzon, Ishihara, Mansour, Nygren, Sullivan ve Vanderpoel, 2009; Günalp, 2014).

DSÖ, American Society for Reproductive Medicine Practice Committee (ASRM), İngiltere'den National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE) bir yıl korunmasız ilişkiye rağmen gebe kalınmaması durumunda bu tanımın kullanımını öngörmüştür (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018). Daha önce hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite, buna karşılık daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına ise sekonder infertilite denir.

Gebeliğe engel oluşturan faktörün anlaşılabilmesi için öncelikle gebelik için gerekli koşulların bilinmesi gereklidir (Çiçek, 2018; Günalp, 2014; Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018).

Bu koşullar:

- Sperm, ovulasyon dönemlerinde servikste depolanmalı, fallop tüplerine ilerlemeli ve oositi dölleme kapasitesine sahip olmalıdır (erkek faktör).
- Düzenli ve siklik matür oosit ovulasyonu olmalıdır (overyen faktör).
- Serviks spermi yakalamalı, filtre etmeli, olgunlaştırmalı, uterus ve tüplere doğru serbest bırakmalıdır (servikal faktör).
- Fallop tüpleri ovumu yakalamalı; sperm ve embriyonun transferini sağlamalıdır (tubal faktör).
- Uterusun embriyo implantasyonu için reseptivitesi olmalı, normal büyüme ve gelişme için kapasitesinin yeterli olması gerekmektedir (uterin faktör).

2.1.2. Epidemiyoloji

İnfertilite önemli psikolojik, ekonomik, demografik ve tıbbi sonuçları olan sık karşılaşılan bir durumdur. İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-20'sinde infertilite görülmektedir. Bu farklılığın, gelişmekte olan ülkelerde özellikle gonore ve klamidy gibi cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonlarının daha sık görülmesi ve etkili olarak ya da hiç tedavi edilememesi sonucu infertilite ile sonuçlanan hasarlar oluşturmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Denson, 2006). İnfertilite bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur. Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40-49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1.3), Urdu (%2.2), ve Suriye (%2.9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zaire'de (yeni adıyla Kongo Demokratik Cumhuriyeti) Mbelo'da 45-49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur. Amerika'da sağlık bakımı uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu, yani her 6 çiftten birini ya da 4.8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Sanayileşmiş toplumlarda çiftlerin %10-15'inin birincil ya da ikincil infertilite tanısı aldıkları tahmin edilmektedir. Bu oran Afrika ülkelerinde %30-50'ye yükselmektedir (Ramazanzadeh, Noorbala, Abedinia ve Naghizadeh, 2009; Denson, 2006). Normal sağlıklı bir çiftin 1 ay sonunda gebelik elde etme ihtimali % 25, 6. ayda % 70, birinci yılın sonunda ise % 80'dir. Bir yıl içinde gebe kalamayanların % 5'i ikinci yıl gebe kalacak ve kümülatif gebelik oranı % 90'a çıkacaktır (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018).

Türkiye'de infertilite sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda %10-20 dolayında olduğu düşünülmektedir (Taşkın, 2007; Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Onat ve Beji, 2012). Son yıllarda bu oranın %30 lara kadar arttığı bilinmektedir (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018). Bu artıştaki en önemli faktör birçok kadının toplumsal şartlar nedeniyle evlenme ve doğurma yaşını geciktirmeleridir. Normal ve sağlıklı çiftlerde 1 yıl içinde beklenen kümülatif gebelik oranı %93 olup yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Ülkemizde yaklaşık olarak 1.5-2 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018). İnfertilite nedenleri %40 kadından, %40 erkekten, %20 her ikisinden kaynaklanmakta olduğu belirtilmiştir (Yumru ve Öndeş, 2011).

TNSA 2013 verilerine göre; gönüllü olarak çocuk sahibi olmamanın Türkiye’de çok yaygın bir durum olmadığını ve çocuk sahibi olmayan halen evli kadınların çocuk sahibi olamıyor olmaları muhtemel olduğunu belirtmiş olup; ‘ üreme çağıının sonunda hiç çocuğu olmayan evli kadınların oranı, primer kısırlık düzeyine ilişkin bir gösterge olarak kullanılabilir.’ demiştir. TNSA-2013 sonuçları Türkiye’de primer kısırlığın halen evli olan daha yaşlı kadınlar arasında yüzde 4 olduğunu göstermektedir.

2.1.3. Etyolojisi

İnfertilite sorunu gelişmiş ülkelerde %37 sıklıkta kadına, %28 sıklıkta erkeğe ve %35 sıklıkta her iki cinse aittir. Olguların %5’inde sebep bulunamadığı için bunlar açıklanamayan infertilite olarak tanımlanırlar (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018).

Kadın infertilite nedenleri; ovulatuvar bozukluklar (% 25), endometriozis (% 15), pelvik adezyonlar (% 12), tubal oklüzyonlar(% 11), diğer tubal anormallikler (% 11), hiperprolaktinemi(% 7), kadın yaşı ve diğer nedenler olarak belirtilmektedir (leiomyoma vb.) (Demirci ve Kızılkaya-Beji 2017).

Erkek infertilite nedenleri; hipotalamo- hipofizer bozukluklar (pre-testiküler nedenler) (% 1-2), primer gonadal bozukluklar (Testiküler hastalıklar) (% 30-40), sperm transport bozuklukları (post testiküler patolojiler) (% 10-20) ve idiopatik nedenler olarak belirtilmektedir (% 40-50)’dir (Çiçek ve Kahyaoğlu, 2018).

2.1.4. İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri

Tanı işlemleri

Anamnez

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde ilk adım anemnez ve fizik muayeneden oluşur. Çiftlerin ikisi birlikte değerlendirilir. *Kadın infertilitesinin araştırılmasında* anamnez ve fizik muayene ve tanıya yönelik girişimler çok önemlidir. Anamnezde dikkat edilmesi gereken konular şunlardır (Çiçek, 2008; Günalp, 2014):

- Gravida, parite, gebelik sonuçları ve ilişkili komplikasyonlar
- Siklus uzunluğu ve özellikleri, menarş yaşı, adet düzeni (süresi, miktarı, rengi, kaç günde bir adet gördüğü), dismenore varlığı, başlangıcı ve şiddeti
- Yaş; ilerledikçe fertilité oranı azalır. İleri yaş kadınlarda over rezervinde azalmayla birlikte, cinsel ilişki ve cinsel istek sıklığının azalması ve fertilitéyi etkileyen pelvik enfeksiyon, myoma uteri, endometriozis gibi hastalıkların görülme sıklığının yaşla birlikte artması da kadın fertilitésinde azalmaya yol açmaktadır.
- Menstrasyon düzeni ve son adet tarihi: Hipotalamus, hipofiz, overler ve endometrium aksının düzeni hakkında bilgi verir.
- Evlilik süresi
- Cinsel yaşam (İlişki sıklığı, cinsel işlev bozukluğu, ilişki sırasında problem yaşama durumu, vb.)
- İnfertilite süresi; bu süre uzadıkça başarı şansı azalır. Tedavi edilmemiş hastalarda spontan gebelik oluşumunda infertilite süresi major bir faktördür. Bu hastalarda üreme sisteminde organik bir problem ya da germ hücrelerinde fonksiyonel bir sorun olabilir.
- Koitus sıklığı, koitus ile ilgili alışkanlıklar; vajinal lavaj, pozisyon vs.
- Geçirilmiş ya da mevcut sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, tiroid-surrenal bezi, barsak hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar)
- Geçirilmiş operasyonlar (özellikle karın ve pelvik operasyonlar), endikasyonları ve sonuçları
- Geçirilen jinekolojik hastalıklar (Enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, myom-polip-tümörler)
- Özellikle jinekoloji ile ilgili olarak kullandığı ilaçlar (Kontraseptif ve diğer hormon preparatları-enjeksiyonlar); psikiyatrik ilaçlar
- Daha önce infertilite tedavisinin uygulanıp uygulanmadığı, uygulandı ise kullanılan ilaçlar, bunlara alınan cevap ve sonuçlar
- Önceki anormal pap yayma sonuçları ve takip eden tedavi.
- Psikolojik rahatsızlıklar
- Mesleki ve çevresel yaşam
- Sigara, alkol veya diğer madde kullanımı
- Doğumsal anomaliler, mental retardasyon, erken menapoz veya infertilite için aile öyküsü.

Fizik muayene

Genel muayene temel fizik muayeneyi, genitoüriner ve pelvik muayeneyi ve meme muayenesini içerir. Fizik muayene kapsamında ağırlık ve vücut kitle indeksi (BKI) belirlenmelidir (normal BKI aralığı:18.5-25 kg/m²). Sekonder seks karakterlerine bakılmalı, androjen hakimiyeti olup olmadığı, galaktore varlığı incelenmelidir. Tiroidde nodul ve hassasiyet sorgulanmalıdır. Pelvik muayene ve spekulum muayenesi ile anatomi mutlaka değerlendirilmelidir. Vajina (septum, hymen imperforatus, Rokitansky Kuster Mayer sendromu açısından) ve serviks (akıntı, konjenital servikal patolojiler açısından) ayrıntılı incelenmelidir. Rektovaginal muayene pelvik muayenenin bir parçası olarak daima yapılmalıdır (Çiçek, 2008).

Laboratuvar incelemeleri

İnfertil hastanın değerlendirilmesinde laboratuvar bulguları önemli yere sahiptir. Menstrüel siklusun 3. günü bazal serum Folikül Stimulan Hormonu (FSH) ve Östrodiol (E2) seviyelerinin tüm infertil hastalarda değerlendirilmesi gerekmektedir.

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

Tanıya yönelik girişimler

İnfertilite araştırmasının bir diğer basamağı da tanı için uygulanan tetkiklerdir. Bunlar; USG, transvajinal ultrasonografi, endometriyal biyopsi, histerosalpingografi, histeroskopi, salpingoskopi, laparoskopi, sonohisterografi, sonohisterosalpingografi' dir (Çiçek, 2008; Günel, 2014).

Tedavi işlemleri

İnfertilite tedavileri gebe kalmaya engel oluşturan fiziksel sorunların giderilmesi (Endometriyozis, over kisti, myom, polip, Septum varlığı) ve yardımcı üreme tekniklerini kapsamaktadır. Yardımcı üreme teknikleri, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Çiçek, 2008). Kadında uygulanan yardımcı üreme teknikleri şunlardır:

- İntrauterin inseminasyon (IUI; aşılama)
- İn vitro fertilizasyon ve Embriyo transferi (IVF-ET)
- İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)
- Gametlerin İntrafallopian Transferi (GIFT)
- Zigotların İntrafallopian Transferi (ZİFT)

İntrauterin inseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon sperm hücrelerinin seminal plazmadan ayrılıp stimule edildikten sonra internal servikal os hizasından daha yukarıya uterus içerisine verilmesi olarak tanımlanır. İntrauterin inseminasyon yönteminde erkekten alınan sperm hücreleri, doğrudan doğruya rahim içerisine verilir ve böylece, fertilizasyon noktasına daha yakın bir konumda bırakılır. İntrauterin inseminasyon mantığı vaginal asidite ve servikal mukus düşmanlığı gibi faktörlerin etkisini azaltmak ve konsantre edilmiş motil ve morfolojik olarak normal spermleri yoğun bir şekilde ve oositlere mümkün olduğu kadar yakın yerleştirmektir. Kombine kadın ve erkek faktörü olan açıklanamayan infertilite olgularında IUI ilk tedavi seçeneğidir ve bu grup en büyük endikasyon grubunu oluşturmaktadır (Çiçek, 2008).

In vitro fertilizasyon(IVF)

Oositin sperm hücresi ile invitro şartlarda kültür ortamı içinde fertilizasyonu sonucunda oluşan embrionun uterusu tekrar transferi esasına dayanır (Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017). Bu yöntem en fazla kullanılan yardımcı üreme tekniğidir. IVF uygulamaları ilk olarak tamir edilemeyen tubal hasarı olan çiftlere yardımcı olmak adına geliştirilmiş ise de günümüzde pek çok endikasyon için kullanılmaktadır. Daha önce geçirilmiş bir Pelvik

İnflamatuvar Hastalık (PID) veya ileri evre endometriosise bağlı tubal faktör varlığı ve erkek faktörü IVF'in en çok kullanıldığı alanlardır. Ovulasyonu başlatmak için fertilite ilaçları kullanılarak kontrollü hiperstümulasyon ile folikül gelişimi sağlamak ve böylece döllenme şansını arttırmak için uygulanır. Yumurta hücresinin gelişimini izlemek, yumurtlama zamanını kontrol etmek ve böylece yumurtaları kendiliğinden atılmadan önce toplamak amacıyla ultrasonografi ve hormon analizleriyle, foliküler gelişim ve oosit olgunlaşması sık sık izlenmektedir. İzlem genellikle beş günlük yumurtalıkları uyarma tedavisinden sonra transvajinal ultrasonografi bakılmaktadır. Foliküller yumurtalıklar içinde bulunan içi sıvı dolu yuvarlak matür keselerdir. Folikül gelişimi tamamlandığında yumurtlamayı uyarmak ve ovulasyon indüksiyonu kontrolü için human koryonik gonodotropin (hCG) verilmektedir. Oosit toplama işlemi, HCG'den yaklaşık 35 saat sonra yapılmaktadır. Oositler ultrasonografi eşliğinde, genellikle transvajinal yolla toplanmakta ve hazırlanan sperm ile laboratuarda fertilize edilmektedir. Fertilizasyon gerçekleşikten sonra embriyo morula safhasında (4-16 hücre evresi) iken uterus içerisine yerleştirilir. İmplantasyonu arttırmak ve gebeliği erken dönemde desteklemek için, dışarıdan progesteron desteği verilmektedir. Rahime yerleşecek embriyo sayısı kadının yaşına ve döllenmiş olan embriyo sayısına göre değişmektedir. Çok sayıda embriyo transferi başarı şansını arttırırken, aynı zamanda çoğul gebelik gibi bir takım istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017).

Ülkemizde transfer edilebilecek embriyo sayısına 30 Eylül 2014 tarihinde yürürlüğe giren Tüp bebek Yönetmeliği ile yasal sınırlamalar getirilmiştir. Bu düzenleme ile 35 yaş altında kadınlarda 1. ve 2. uygulamada sadece 1 embriyo, 3. ve sonraki uygulamalarda 2 embriyo transferine izin verilmektedir. 35 yaş sonrası kadınlarda ise ancak 2 embriyo transferine izin verilmektedir. Herhangi bir nedenle transfer edilmemiş embriyolar daha sonra kullanılmak üzere dondurularak saklanabilir (29135 sayılı 'Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYT) Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik').

İVF basamakları genel olarak şu şekildedir(Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017):

- Hormonların baskılanması
- Yumurtalıkların uyarılma aşaması(ovulasyon indüksiyonu)
- Yumurta hücresinin gelişimini izleme aşaması(Folikülometri)
- Yumurta hücresini toplama aşaması

- Yumurtta hücresinin dölleme aşaması(fertilizasyon)
- Döllemiş yumurtta hücresinin rahime yerleştirilme aşaması(embriyo transferi)

İntrositoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)

Hazırlanmış tek bir spermin direk ovum içerisine, enjekte edilmesi ile yapılan fertilizasyon işlemidir. IVF-ET yöntemi ile döllemenin gerçekleşmediği, sperm sayısı ve hareketinin az olduğu, sperme ait yapı bozukluklarının olduğu durumlarda uygulanır (Güenalp 2014).

Gamet intrafallopian transfer (GIFT)

Overlerden elde edilen oosit ile sperm hücrelerinin tubalara laparoskopik yöntemle yerleştirilmesidir. 1980'li yıllarda geliştirilen bu teknikte, fertilizasyon labaratuvar ortamı yerine vücut içinde gerçekleşir. Bu yöntem, başlangıçta tubal patolojinin olmadığı, açıklanamayan ve erkek infertilitesinde tercih edilmiştir(Güenalp 2014).

Yumurtanın doğal fertilizasyon yeri olan tüpler içerisinde sperm ile karşılaşp fertilize olma şansının arttırılmasını hedefleyen bir yardımcı üreme tekniğidir. Bu işlemde yumurtalıklar vajinal yöntemle ultrasonografi eşliğinde toplanır ve sperm hücreleri ile birlikte tuba ampullasına laparoskopik ve laparotomik yöntemle yerleştirilir. Bu yöntem için mutlaka en az bir fallop tüpü bulunmalıdır. Tuba ile uterin kavite arasında pasajın açık olması gerekmektedir. GIFT, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için uygun değildir. İn vitro fertilizasyon (İVF) tekniklerinin gelişmesi nedeni ile günümüzde kullanımı IVF'e göre daha azdır (Çiçek ve Kahyaoğlu 2018).

Zigot intrafallopian transfer (ZIFT)

İn vitro şartlarda oluşturulan iki pronükleus aşamasındaki embrionun tubal alana laparoskopik yerleştirilmesidir. GIFT'teki gibi fallop tüplerine yerleştirilen ovum, implantasyon için doğal şekilde uterusu geçmektedir. ZIFT'te de GIFT'te olduğu gibi en az bir sağlıklı patent tuba olmalıdır. Bu yöntemde erken embrio gelişimi daha doğal ve fizyolojik olan tubal çevrede gerçekleşir. İn vitro şartlarda tubal ortamın benzeri sağlanmaya çalışılan kültür ortamları yerine direkt olarak tubal çevreye embriyonun bırakılması işlemin ana temasıdır (Güenalp, 2014).

2.1.5. İnfertilitenin kadın sağlığına psikososyal etkileri

Birçok kültürde gebelik ve ebeveynlik yaşamın temel basamaklarından biri olarak görülmekte ve kadının doğurganlığı toplumdaki cinsiyet rolünün belirleyicisi olmaktadır. Çocuk; ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktör olarak algılanmakta, üreme konusundaki yetersizlik çoğunlukla sosyal bir sorun haline gelmektedir. Toplumda annelik kadın için birincil rol olarak görülmekte çocuksuz evlilikler daha kolay bitebilmekte, hatta yeni bir eş arayışına neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınlar kendilerini yoğun bir baskı altında hissedebilmektedir (Taşçı ve arkadaşları, 2008; Lau, Wang, Cheng, Kim, Yang ve Tsu, 2008). Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). Kadın kendi ailesi ve eşinin ailesinden sosyal izolasyon, damgalanma, aşağılayıcı meraklı sorular ve baskı yoluyla psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (Karaca ve Ünsal, 2012).

İnfertilite tedavi süreci noninvaziv ve invaziv uygulamaları içeren, kadını fiziksel ve duygusal yönden zorlayan bir süreçtir. Kadınlar bu süreçte erkeklere oranla daha fazla suçluluk, stres ve sorumluluk hissettikleri için kendilerini “mağdur” gibi görebilmektedir. Bu duygunun altında yatan temel nedenin, infertilite kaynağı kendisi olmasa dahi tedavide kadın bedeninin kullanılması düşüncesi olduğu belirtilmektedir (Karaca ve Ünsal, 2012).

İnfertilite deneyimi saldırganlık, öfke, utanç, anksiyete, depresyon, ekonomik durumunda bozulma, kınanma, boşanma, kamusal izolasyon, sosyal statüde azalma, yoksunluk, damgalanma, güç ve rol kaybı, özsaygıda azalma, hayal kırıklığı ve şiddete yol açmaktadır (Farzadi, Ghasemzadeh, Asl, Mahini ve Shirdel, 2014; Onat, 2014; Aşçı ve Beji, 2012). Bu durum eşler arasındaki çatışmaya neden olabilmekte, benlik saygısı ve cinsel ilişki sıklığında azalma ve kadın ya da erkekte yetersizlik duyguları geliştirilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak, evlilik bağları psikolojik baskı altında kalmaktadır: bu nedenle, evlilik uyumsuzluğu ve aynı zamanda boşanma için bir neden olabilmektedir (Akyüz ve arkadaşları, 2014).

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam kalitesi tanımı

Bir insanın, nesnenin ya da yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun başka şeylerden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen özelliğe *kalite* denir. Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği, nesnel, kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için öznel bir kavramdır (Tengilimoğlu, 2016). Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (Tengilimoğlu, 2016).

İnfertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit eden bir yaşam krizidir (Peterson, Newton ve Rosen, 2010). Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (The WHOQOL Group, 1995). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQL), sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarında algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (Hunt, 1997).

2.2.2. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, çiftin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen bir yaşam krizi olarak kabul edilmektedir. İnfertilite bireye özel ve sonuçları belirsiz bir durum olması sebebiyle tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yanları da olan sağlık sorunudur. İnfertilite, çiftlerin aile, arkadaş ve çevre ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamını, evlilik uyumu gibi yaşam kalitesinin pek çok alanını etkiler. İnfertilite tanı ve tedavisi de

doğrudan veya dolaylı olarak yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya neden olabilir. İnfertil çiftlerde yaşam kalitesinin, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik ve çalışma durumu gibi bireysel özelliklerden, infertilite tanısından, bu tanının kişisel anlamından, infertilite süresi, infertilite nedeni, daha önceki tedavi şekillerinden ve bunun etkilerinden, başa çıkma mekanizmalarından, aile/toplumun tepkisinden, sosyokültürel, psikolojik etmenlerden büyük ölçüde etkilendiği görülmektedir (Dişsiz ve Oskay, 2016).

2.2.3. İnfertilite ve yaşam kalitesi ilişkisi

“Sağlık alanında yaşam kalitesi” kavramı “yaşam kalitesi” kavramına benzerdir. “Sağlık alanında yaşam kalitesi” bireylerin sağlık sorunlarını, sosyal desteğini ve sosyo-ekonomik durumunu da içine alan, algılanan fiziksel ve zihinsel sağlık durumu olarak tanımlanmıştır (Belen, 2012).

İnfertilite yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için, fertilite problemleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çeşitli araştırmalar mevcuttur. Lau ve arkadaşlarının 2008’de Çin’de 192 infertil çift üzerinde yaptıkları çalışmada; düşük gelirin, kötü bir evlilik ilişkisinin, infertilite ile ilgili algıların, infertiliteden dolayı kişinin kendisinden ya da eşinden baskı görmesinin ve şiddetli çocuk arzusunun yaşam kalitesinin önemli derecede olumsuz etkilediği saptanmıştır (Lau ve arkadaşları, 2008). Sut ve Kaplan’ın 2015’de 89 infertil kadın ile yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete seviyesinin artmasıyla kadınlarda yaşam kalitesinin önemli derecede azaldığı görülmüştür (Kahyaoğlu-Süt ve Balkanlı-Kaplan, 2015).

Kuş’ un 2008 de yaptığı “infertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi” adlı çalışmasında yaş ilerledikçe ve infertilite süresi uzadıkça, sosyal destek ve yaşam kalitelerinin duygusal boyutunda değişiklikler olduğunu, geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek aileye kıyasla bu durumdan daha fazla etkilendiklerini belirtmiştir (Kuş, 2008). Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedinia ve Ashrafi, 2008’de yaptıkları çalışmada; IVF tedavisi alan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesine bakıldığında elde edilen bulgulara göre erkeklerin kadınlara göre daha iyi ve kaliteli yaşam sürdükleri saptanmıştır.

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesiyle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; kadın olmak, yaş faktörü, düşük eğitim düzeyi, gelir düzeyinin düşük olması, infertilitenin süresi, baskı altında olma, şiddetli çocuk isteme arzusu, primer infertilite, kadın faktörlü infertilite, başarısız IVF deneyiminin olması, geniş aile yapısı gibi birçok faktörün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Infertilite sadece eşleri değil çiftlerin ailesini ve sosyal çevresini de etkileyebilen, tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bir stres faktörü ve yaşam krizidir (Şen, Bulut ve Şirin, 2014).

2.3. Stres

Günümüzde stres (zorlanma), modern hayatın önemli bir parçası haline gelmiştir. Gündelik hayatta dilimizdeki karşılığı sorgulanmaksızın kullanılan bir terim haline gelen stres, insan hayatının bütün yönlerini etkileyebilen bir etmendir. Stres insanın normal işlevlerini olumsuz yönde etkilediği gibi, strese uzun süre maruz kalmak insanda değişik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına da yol açmakta, hatta insanın işlevde bulunmasını ve hayat kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Stres kişinin dışarıdan gelen tehditlere karşı kendini korumak amacıyla verdiği tepkidir (Türçepar, 2008).

2.3.1. İnfertilite ve stres ilişkisi

Stres kişinin dışarıdan gelen tehditlere karşı kendini korumak amacıyla verdiği tepkidir. İnfertilitenin mi strese, stresin mi infertiliteye neden olduğu henüz açıklanamamıştır. Fakat infertilite ile artmış stres arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Türçepar, 2008; Kendirci, 2010).

Stresin üreme üzerindeki etkisi genel olarak IVF (In Vitro Fertilization) hastalarında araştırılmıştır. Domar (2008) IVF siklusu öncesinde veya sırasında stres düzeyi ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran ve yeterli veri içeren 21 çalışmayı incelemiş, bu çalışmaların 15'inde stres ile gebelik arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. En stresli hastalarda en düşük gebelik oranlarının tespit edilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir (Domar, 2008).

Stresin etkilerini belirlemeye yönelik Domar ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir başka araştırmada ise 151 kadın IVF siklusu öncesinden başlanarak incelenmiştir (Domar, 2004). Stres düzeyleri ile toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve bebek doğum ağırlıkları arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur (Kendirci, 2010). Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, stresin yardımcı üreme tekniklerinin etkinliğini düşürdüğü hipotezini desteklemektedir. Ancak bunun hangi mekanizma ile gerçekleştiği bilinmemektedir (Yoldemir, 2008; Domar, 2008).

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin psikolojik boyutlarını ortaya koyan birçok çalışmada infertilitenin, bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu ortaya konmuştur (Türçepar, 2008, Domar, 2008). Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerin infertil olmayan çiftlere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, baş etme stratejilerinin ise daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Galhardo, Cunha ve Punto-Gouveia 2011; Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi ve Tarlatzis 2006; Peterson ve arkadaşları, 2010; Schmidt 2005). İnfertilite depresif belirtilerin ortaya çıkmasında da önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000).

Fido ve Zahid (2004)'in infertil ve sağlıklı gebe kadınları karşılaştırdıkları bir araştırmada, depresyon infertil kadınlarda daha yüksek belirlenmiştir (Fido ve Zahid, 2004).

İnfertil kadınların depresif belirtiler göstermeye yatkın oldukları görülmektedir. Bu yüzden infertilite tedavisi gören çiftlere verilecek bakım yaklaşımı depresif belirtilerin erken tanınması ve kadınlara bu yönde daha destekleyici bir bakım verilmesi şeklinde olmalıdır.

İnfertil kadınların önemli derecede duygusal stresi olduğu bildirilmiştir. Yaşanan bu stres tedaviyi güçleştirmekte, etkinliğini azaltmakta ve bireylerin başarılı olabilecek bir tedaviyi bırakma eğilimlerini arttırmaktadır (Domar, 2008). Yardımcı üreme tedavileri uygulanan çiftlerin, tedavi süreçlerinin stresli olmasından dolayı, duygusal ve fiziksel bakım ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir (Hammarberg, 2003). Çünkü tedavi sonucu başarısız olduğunda, kişilerin tedaviye devam edip etmeme kararını vermesinde yaşadıkları stres düzeyinin etkili olduğu bildirilmiştir (Kendirci, 2010).

İnfertilite durumuna verilen psikolojik reaksiyonun cinsiyetle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadınların yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve özgüven kaybı yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Ogawa, Takamatsu ve Horiguchi 2011; Özkan ve Baysal, 2006; Peterson ve arkadaşları, 2010).

2.4. Evlilik Doyumu

Evlilikte uyum, farklı kişiliğe sahip eşlerin mutluluğu elde etmek ve müşterek hedeflere ulaşmak için bir bütün olarak birbirlerini tamamlaması olarak tanımlanabilir. Böyle bir uyum evli bireylerin başkaları ile olan ilişkileri ile kendi evlilik yaşamlarındaki doyum, mutluluk ve mutsuzluk gibi tüm duyguları kapsamaktadır (Yılmaz, 2001).

2.4.1. İnfertilite evlilik doyumu ilişkisi

İnfertilite eşlerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini ve cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemekte ve bu etkiler kadınlarda erkeklere oranla daha ağır yaşanmaktadır. Bu nedenle de infertilite evlilik ve cinsel memnuniyeti olumsuz etkileyen en önemli faktör olarak görülmektedir (Audu, 2002; Orji ve Ogunniyi, 2001). İnfertilite tedavisinin uzun süren, pahalı bir tedavi olması ve tedavinin nasıl sonuçlanacağını belirsiz olması, tedavi sürecini eşler için duygusal açıdan daha zor katlanılır hale getirmektedir. İnfertilite tedavisi sürecinde eşler kendilerini dönem dönem veya sürekli kötü hissedebilmektedirler. İnfertil çiftlerin yaşadığı emosyonel evreler; şok, inkar etme, suçluluk, kızgınlık, depresyon, kendini soyutlama, kontrol kaybı ve umutsuzluktur (Özçelik, Karamustafalıoğlu ve Özçelik, 2007). İnfertilitenin tedavi sürecinde ele alınması gereken birçok duygu ve bu duyguların yansıdığı evlilik yaşamı ve eşler arası uyum verilecek danışmanlık hizmetinde atlanılmaması gereken bir kavramdır (Şen ve arkadaşları, 2014).

2.5. İnfertiliteye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite kliniklerinde jinekolog, hemşire, embriyolog, androlog, psikolog, genetik danışman, endokrin laboratuvar teknisyenleri, idari yöneticiler gibi kalabalık multidisipliner bir ekip anlayışı gerektiren bir alandır (Güngör ve Beji, 2015). İnfertilite hemşireliği poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan çiftlerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren

süreçtir (Yanikkerem ve arkadaşları, 2008). İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır (Yanikkerem ve arkadaşları, 2008).

Hemşirenin infertil çiftlerin değerlendirilmesinde öykü alma, muayene ve testlerin uygulanmasına yardım, günlük kayıtların izlenmesi, belirlenen tedavinin planlanması, yardımcı üreme tedavisi işlemlerine yardım, komplikasyonların önlenmesi, vaka yöneticiliği, infertilite danışmanlığı ve koordinatörlük gibi özel bilgi ve beceri gerektiren uygulamalarda sorumluluk almaktadır (Demirci ve Kızılkaya-Beji, 2017).

Fertilite problemi olan çiftlere tanı aşamasından başlayarak tedavi süreci boyunca tüm aşamalarda yardımcı olabilmek için değişik hemşirelik girişimleri gerekmektedir. Tedavi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesini ve sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde ve devamında hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Kızılkaya- Beji ve Zengin, Dinç, 2009).

İnfertilite hemşireleri tıbbi bakımdaki rolleriyle birlikte; uygulayıcı/klinisyen, eğitim/danışman, araştırmacı, yönetici-koordinatör ve hasta hakları savunucusu rollerini de gerçekleştirmektedir (Ashcroft, 2001).

İnfertilite tedavisi sonrası gebelik, çiftler için; heyecan verici, zevkli, korku dolu zamandan oluşmaktadır. Hemşireler bu çiftlerin, ebeveynliğe geçişleri boyunca; anne baba olmalarında yardımcı olarak aktif rol oynarlar. Gebeliğe uyumu kolaylaştırmak ve ebeveynlik öncesi hazırlıkta infertilite danışmanının 6 görevi vardır (Van den Broeck ve arkadaşları, 2010):

- Gebeliğe uyumu kolaylaştırma
- Prenatal bakım ve testler hakkında karar vermede yardımcı olma
- Hastalıklarla baş etmede güçlendirme
- Var olan psikopatolojik sorunlarda yardımcı olma ve yönlendirme
- Destek kaynaklarını artırma
- Hasta haklarını savunma



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesini, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri, yaşam kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesi ile evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) tüp bebek ünitesinde yapılmıştır. Tüp bebek ünitesi iki tane hasta muayene odası, bir hemşire odası, bir sekreteryaya, bir ameliyathane ve bekleme salonundan oluşmaktadır. Tüp bebek ünitesinde beş uzman doktor, üç hemşire, dört laboratuvar ekibi, bir sekreter ve bir hizmetli çalışmaktadır. Merkezde ovülasyon indüksiyonu, kontrollü ovaryan hiperstimülasyon, intrauterin inseminasyon (IUI), tüp bebek/mikroenjeksiyon (IVF-ICSI), yumurta toplama (OPU), yumurta ve embriyo kültürü, blastokist kültürü, embriyo transferi(ET), blastokist transferi(5.gün transferi), semen analizi(spermiogram ve kruger testi), sperm dondurma, cerrahi sperm arama (TESE, TESA, PESA, MESA), yardımcı yumurtlama yöntemleri, embriyo dondurma-saklama, blastokist dondurma-saklama, vitrifikasyon, embriyo çözme, blastokist çözme, genetik danışmanlık(preimplantasyon genetik tanı), infertilite cerrahisi (laparoskopi- histereskopi) gibi uygulamalar yapılmaktadır.

Hemşire infertil çiftlerin değerlendirilmesinde öykü alma, muayeneye ve testlerin uygulanmasına yardım, günlük kayıtların izlenmesi, yardımcı üreme tedavisi işlemlerine yardım gibi işleri yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Aralık 2015 yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi tüp bebek ünitesine başvuran ve YÜT başarısı sağlanan 3091 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi 120 gebe oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde “evreni bilinen bir olayın ortalamasını incelemek için örnekleme alınacak birey sayısını saptama”ya yönelik hazırlanmış olan formülden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1997). Örneklem;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{[(d^2 \cdot (N-1)) + (t^2 \cdot p \cdot q)]} \text{ formülü kullanılarak hesaplanmıştır.}$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı (3091)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.15) (Günalp 2014)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.85)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d: Standart hata (0.05)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı 124 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya;

- YÜT ile gebe kalmış olması
- Primer infertilite nedeniyle YÜT uygulanmış olması
- Gebeliğinin 2. veya 3. trimestirinde olması
- Herhangi bir kronik hastalığının olmaması
- Herhangi bir antipsikotik tedavi görmemesi
- Evli olması
- En az okuryazar olması
- İşitme ve konuşma engelini olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması ölçütlerini karşılayan 124 gebe dahil edilmiştir. Ancak 4 gebenin veri toplama formlarında eksiklik olduğu için örneklem 120 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri toplama araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtıcı bilgi formu, evlilik yaşam doyumu ölçeği, algılanan stres ölçeği (ASÖ) ve Doğurganlık sorunları yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçeği (FertiQol) kullanılmıştır.

Tanıttıcı Bilgi Formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 7 soru ve infertilite öyküleri ile ilgili 4 soru olmakla birlikte toplam 11 soru yer almaktadır (Ek-4).

Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği: Ölçek Johnson, Zabriskie ve Hill (2006) tarafından evlilik yaşam doyumunu ölçmek için geliştirilmiştir ve Çelik (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Johnson, Zabriskie ve Hill 2006, Çelik 2012). Evlilik yaşam doyumunu ölçeği 5 maddeden oluşan 7'li (kesinlikle katılmıyorum= 1, kesinlikle katılıyorum= 7) likert tipi ve tek boyutlu bir ölçektir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tüm maddelerinden alınan puanlar toplanarak evlilik yaşam doyumunu puanı elde edilmektedir ve ölçekten alınabilecek olası puan aralığı 5 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar evlilik yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Çelik, 2012). Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı $\alpha = 0.85$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ölçek cronbach alpha değeri 0,67 olarak bulunmuştur (Ek-5).

Algılanan Stres Ölçeği: Ölçek 1983 yılında Cohen, Kamarck & Mermelste tarafından geliştirilmiş ve Bilge, Öğce, Genç ve Oran tarafından 2007 yılında Türkçe'ye uyarlanması yapılmıştır. 5'li likert tipinde (0 hiç, 4 çok sık) hazırlanan ölçeğin üç maddesi ters (4.,5.,6. maddeler), beş maddesi düz ifadelidir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği ise olumsuz bir durumdur. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.81 bulunmuştur. (1.,2.,3.,7.,8. maddeler). Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır. Algılanan stres (1.,2.,3.,7., 8. maddeler) ve algılanan baş etme (4.,5.,6. maddeler) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Bizim çalışmamızda ölçek cronbach alpha değeri 0,76 olarak bulunmuştur (Ek-6).

Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol): FertiQol, Boivin ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, çekirdek olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili 10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren toplam 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç güvenirlik çalışması Çetinbaş ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert tipi cevaplar içermektedir. Yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. Ölçek genel 2 boyuttan (çekirdek modülü ve tedavi modülü) oluşan 34 maddeden ve fiziksel sağlık ile

hayat kalitesini ölçen genel 2 soru (A. Sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? B. Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?) olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları;

1. “Çekirdek Modülü” 4 alt boyutu ve 24 maddeyi içermektedir;

- *Duygusal alt boyut* (Q4 * , Q7, Q8, Q9, Q16, Q23) yaşam kalitesi üzerinde negatif duyguların (kıskançlık, üzgün, depresyon gibi) etkisini gösteren 6 madde,
- *Zihin-Beden alt boyut* (Q1, Q2, Q3, Q12, Q18, Q24) infertilitenin fiziksel sağlık, bilişsel ve davranışlar üzerine etkisini gösteren 6 madde,
- *İlişkisel alt boyut* (Q6, Q11* , Q15* , Q19, Q20, Q21*) ilişkiler üzerinde fertilitate problemlerinin etkisini gösteren 6 madde,
- *Sosyal alt boyut* (Q5, Q10, Q13, Q14* , Q17, Q22) ise sosyal etkileşimlerin fertilitate problemlerinden ne boyutta etkilendiğini gösteren 6 maddeden oluşmaktadır.

2. “Tedavi Modülü” ise 2 alt boyutu ve 10 maddeyi içermektedir;

- *Tedavi Çevresi alt boyut* (T2 * , T5 * , T7, T8, T9, T10) tedavinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin yaşam kalitesini ne boyutta etkilediğini gösteren 6 maddeden,
- *Tedavi Tolerasyonu alt boyut* (T1, T3, T4, T6) ise fertilitate tedavisinin bir sonucu olarak zihinsel ve fiziksel semptomların boyutunu ve günlük yaşam üzerindeki etkisini gösteren 4 maddeden oluşmaktadır.

FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten sağlanan puanlarla 0 ile 100 arasında puanlandırılmaktadır. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,905$ olarak hesaplanmıştır. Alt ölçekler için iç güvenilirlik katsayıları: Çekirdek modülü için 0.92, Tedavi modülü için 0.81, Duygusal boyut için 0.90, Zihin-beden boyutu için 0.84, İlişkisel boyut için 0.80, Sosyal boyut için 0.75, Çevresel boyut için 0.84, Tedavi tolerasyonu için 0.72 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha değerleri 0,76 ile 0,94 aralığında değişmiştir (EK-7).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 15 Ocak-31 Aralık 2016 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi tüp bebek ünitesinde yapılmıştır. Üniteye başvuran gebelerle tanışılmış

ve araştırma ölçütlerini karşılayan gebelerden yazılı onam alındıktan sonra gebelere veri toplama araçları verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulma süresi her gebe için yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip değişkenlerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Student t, normal dağılıma sahip olmayanlar içinse Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip değişkenler 2’den fazla bağımsız grupta ANOVA testi ile test edilmiş ve anlamlı bulunan değişkenler için alt grup karşılaştırmaları LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasına Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan onay (05/01/2016-77082166-604.01.02-) (Ek 1) ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliğinden yazılı izin (Ek2) alındıktan sonra başlamıştır. Gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek katılımları konusunda Gönüllü Olur Formu (Ek3) imzalatılmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler gebelerin tanımlayıcı özellikleri, FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Evlilik Doyum Ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler, FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Evlilik Doyum Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar ve FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre analizleri şeklinde 4 başlıkta verilmiştir.

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çizelge 4.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri (n:120)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş*		
35<	73	60,8
35≥	47	39,2
Eşin Yaşı**		
35<	41	34,2
35≥	79	65,8
Evlilik Süresi***		
1-5 yıl	38	31,7
6 ve üzeri yıl	82	68,3
İnfertilite Süresi****		
1-5 yıl	54	45,0
6 ve üzeri yıl	66	55,0
Eğitim Düzeyi		
Lise ve altı	68	56,7
Üniversite ve üstü	52	43,3
Eşin Eğitim Düzeyi		
Lise ve altı	60	50,0
Üniversite ve üstü	60	50,0
Çalışma Durumu		
Evet	70	58,3
Hayır	50	41,7
Geliri Algılama Durumu		
İyi	44	36,7
Orta	71	59,2
Kötü	5	4,2
Aile Biçimi		
Çekirdek aile	102	85,0
Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyorum	15	12,5
Kendi ailem ile birlikte yaşıyorum	3	2,5
İnfertiliteye İlişkin Psikolojik Baskı Yaşama		
Evet	41	34,2
Hayır	79	65,8
Baskı Oluşturduğu Düşünülen Kişi*****		
Kendimden kaynaklı	24	55,8
Eşimin ailesinden	17	39,5
Eşimden	2	4,7

*Yaş ortalaması 33,0 ± 4,11, min:23 – max:45

** Eşin yaş ortalaması 36,28 ± 4,41, min:27 – max:51

*** Evlilik süresi ortalaması 8,05 ± 4,24, min:1 – max:20

****İnfertilite süresi ortalaması 6,51 ± 3,83, min:1 – max:20

*****n=43

Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Gebelerin %60,8’inin 35 yaş altında, %39,2’sinin 35 yaş ve üzerinde (ortalama $33,0 \pm 4,11$, min:23 – max:45) olduğu, eşlerinin ise %34,2’sinin 35 yaş altında, %65,8’inin 35 yaş ve üzerinde (ortalama $36,28 \pm 4,41$, min:27 – max:51) olduğunu; %31,7’sinin 1 ve 5 yıldır, %68,3’ünün 6 ve üzeri yıldır evli (ortalama $8,05 \pm 4,24$, min:1 – max:20) olduğu belirlenmiştir. Gebelerin infertilite süreleri incelendiğinde; %45’i 1-5 yıldır, %55’i 6 yıl ve üzeri yıldır infertilite (ortalama $6,51 \pm 3,83$, min:1 – max:20) tanısı aldıklarını belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %56,7’si lise ve altı, %43,3’ü üniversite ve üzeri; eşlerin %50’sinin lise ve altı, %50’sinin ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğunu; %58,3’ü çalışmakta olduğunu, %41,7’si ise ev hanımı olduğunu; %36,7’si gelir durumunu iyi, %59,2’si orta, %4,2’si ise kötü olarak algıladığını; %85’i çekirdek ailede, %15’i ise eşinin veya kendi ailesinin yanında yaşadıklarını ifade etmiştir. Çalışmamızda kadınların %34,2’si çocuk sahibi olamama nedeniyle kendisini baskı altında hissettiğini ve en yoğun baskı kaynağı olarak kendisini (%55.8) ve eşinin ailesini (%39.5) gördüğünü ifade etmiştir.

4.2. Algılanan Stres Ölçeği, Evlilik Doyum Ölçeği ve FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 4.2. Fertiqol yaşam kalitesi ölçeği, algılanan stres ölçeği ve evlilik doyumu ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (n=120)

	Ortalama (%)	Minimum	Maximum
FertiQol Yaşam Kalitesi			
Toplam Puan	$81,25 \pm 17,56$	38	112
Çekirdek modül	$62,68 \pm 17,720$	29	93
Duygusal	$14,43 \pm 5,454$	1	24
Zihin/Beden	$15,44 \pm 5,248$	2	24
İlişkisel	$17,48 \pm 4,104$	8	24
Sosyal	$15,33 \pm 4,981$	7	24
Tedavi modülü	$25,31 \pm 6,752$	9	39
Tedavi çevresi	$16,00 \pm 3,868$	6	24
Tedavi tolerasyonu	$9,31 \pm 4,240$	0	16
Algılanan Stres			
Toplam Puan	$16,38 \pm 4,721$	2	28
Algılanan Stres	$11,63 \pm 3,517$	1	21
Algılanan baş etme	$4,74 \pm 1,968$	0	10
Evlilik Doyumu Toplam Puan	$23,03 \pm 4,461$	7	31

Çizelge 4,2’de kadınların Algılanan Stres Ölçeği, Evlilik Doyum Ölçeği ve FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $16,38 \pm 4,721$; algılanan stres ölçeği alt ölçeği puan ortalaması

11,63 ± 3,517 ve algılanan başetme alt ölçeği puan ortalaması 4,74 ± 1,968'dir. Gebelerin Evlilik Doyum Ölçeği puan ortalaması 23,03 ± 4,461'dir. Gebelerin FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 81,25±17,56; çekirdek modül puan ortalaması 62,68 ± 17,720 (duygusal: 14,43 ± 5,454, zihin/bedensel: 15,44 ± 5,248, ilişkisel: 17,48 ± 4,104, sosyal: 15,33 ± 4,981), tedavi modülü puan ortalaması 25,31 ± 6,752 (tedavi çevresi: 16,00 ± 3,868, tedavi tolerasyonu: 9,31 ± 4,240 olarak tespit edilmiştir.

4.3. FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Evlilik Doyum Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Çizelge 4.3. FertiQol yaşam kalitesi ölçeği puanları ile algılanan stres ölçeği ve evlilik doyum ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar (n: 120)

		Algılanan stres ölçeği toplam puanı	Algılanan stres alt boyut puanı	Algılanan baş etme alt boyut puanı	Evlilik yaşam doyumu
FertiQol Toplam Puan	r	-0,551	-0,548	-0,342	0,452
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	120	120	120	120
FertiQol Çekirdek Modülü	r	-0,552	-0,556	-0,332	0,489
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	120	120	120	120
Duygusal	r	-0,492	-0,513	-0,265	0,369
	p	0,001	0,001	0,003	0,001
	n	120	120	120	120
Zihin-beden	r	-0,485	-0,483	-0,299	0,407
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	120	120	120	120
İlişkisel	r	-0,454	-0,441	-0,302	0,543
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	120	120	120	120
Sosyal	r	-0,541	-0,543	-0,327	0,461
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	120	120	120	120
FertiQol Tedavi Modülü	r	-0,386	-0,367	-0,270	0,222
	p	0,001	0,001	0,003	0,015
	n	120	120	120	120
Tedavi çevresi	r	-0,305	-0,284	-0,224	0,242
	p	0,001	0,002	0,014	0,008
	n	120	120	120	120
Tedavi tolerasyonu	r	-0,336	-0,325	-0,225	0,133
	p	0,001	0,001	0,013	0,014
	n	120	120	120	120

r: Pearson korelasyon katsayısı

Çizelge 4.3'de FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Algılanan Stres Ölçeği ve Evlilik Doyum Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır. FertiQol toplam puanı ile ASÖ toplam puanı arasında negatif yönde orta şiddette bir korelasyon ($r=-0,551$, $p=0,001$), FertiQol toplam puanı ile evlilik yaşam doyum puanı arasında ise pozitif yönde

orta şiddette bir korelasyon ($r=0,452$, $p=0,001$) saptanmıştır. Fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi genel tatmini puanı ile ASÖ toplam puanı arasında negatif yönde güçlü bir korelasyon ($r=-0,675$, $p=0,001$), fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi genel tatmini puanı ile evlilik yaşam doyumu ölçeği arasında pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon ($r=0,538$, $p=0,001$) olduğu saptanmıştır. FertiQol ölçeği çekirdek modülü alt boyutları incelendiğinde; ASÖ toplam puanı ile duygusal ($r=-0,492$, $p=0,001$), zihinsel/beden ($r=-0,485$, $p=0,001$), ilişkisel ($r=-0,454$, $p=0,001$), sosyal ($r=-0,541$, $p=0,001$) alt boyut puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. FertiQol ölçeği tedavi modülü alt boyutları incelendiğinde; ASÖ toplam puanı ile tedavi çevresi ($r=-0,305$, $p=0,001$) ve tedavi tolerasyonu ($r=-0,336$, $p=0,001$) alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır. FertiQol ölçeği çekirdek modülü alt boyutları incelendiğinde; duygusal alt boyut ile evlilik yaşam doyumu puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r=0,369$, $p=0,001$) olduğu ortaya konmuştur. Evlilik yaşam doyumu ölçeği ile FertiQol ölçeği çekirdek modülünün, zihinsel/beden ($r=0,407$, $p=0,001$), ilişkisel ($r=0,543$, $p=0,001$), sosyal ($r=0,461$, $p=0,001$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon olduğu gözlenmiştir. FertiQol ölçeği tedavi modülü alt boyutları incelendiğinde; tedavi çevresi alt boyut puanı ile evlilik yaşam doyumu puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon ($r=0,242$, $p=0,008$) olduğu ve tedavi tolerasyonu alt boyut puanı ile evlilik yaşam doyumu puanı arasında bir korelasyon olmadığı gözlenmiştir ($r=0,133$, $p=0,008$).

4.4. FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre

Analizleri

Çizelge 4.4. Gebelerin çalışma durumuna göre FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:120)

	FertiQol Toplam Puan	Çekirdek modülü	Duygusal	Zihin- beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi modülü	Tedavi çevresi	Tedavi tolerasyon u
Çalışma Durumu	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Evet (n=70)	89,41±23,1 2	63,86±18,5 9	14,44±5,8 3	15,57±5,6 2	18,13±3,7 7	15,71±5,1 3	25,56±6,7 3	16,40±3,6 1	9,16±4,44
Hayır (n=50)	86,00±21,6 8	61,04±16,4 6	14,42±4,9 2	15,26±4,7 2	16,58±4,4 0	14,78±4,7 5	24,96±6,8 3	15,44±4,1 6	9,52±3,96
İstatistik i Değer	t: 0,858 p: 0,393	t: 0,858 p: 0,393	t: 0,023 p: 0,982	t: 0,319 p: 0,750	t: 2,066 p: 0,041	t: 1,013 p: 0,313	t: 0,476 p: 0,635	t: 1,345 p: 0,181	t: -0,461 p: 0,646

FertiQol Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, eşin yaşı, evlilik süresi ve infertilite süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.4’de Gebelerin çalışma durumunun FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile ilişkisinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin çalışma durumu ile FertiQol toplam puanı, çekirdek modül puanı ve tedavi modül puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$); yaşam kalitesinin ilişkisel alt boyutu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan kadınların ilişkisel alt boyut puanı ($18,13\pm3,77$) çalışmayan kadınlara ($16,58\pm4,40$) göre yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine göre FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı

	FertiQol Toplam Puan	Çekirdek modülü	Duygusal	Zihin- beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi modülü	Tedavi çevresi	Tedavi tolerasyon u
Eşin Eğitim Düzeyi	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Lise ve altı (n=60)	85,97±20,9 9	60,48±16,9 7	14,25±5,5 8	15,08±4,8 4	16,67±4,1 9	14,48±4,4 3	25,48±5,7 9	16,00±3,7 2	9,48±3,85
Üniversite ve üzeri (n=60)	90,02±23,9 2	64,88±18,3 1	14,62±5,3 5	15,80±5,6 4	18,30±3,8 7	16,17±5,3 8	25,13±7,6 3	16,00±4,0 3	9,13±4,61
İstatistiksel Değer	t:-0,986 p:0,326	t:-1,365 p:0,175	t:-0,367 p:0,714	t:-0,747 p:0,457	t:-2,216 p:0,029	t:-1,870 p:0,064	t:0,283 p:0,778	t:0,000 p:1,000	t:0,451 p:0,653

Çizelge 4.5’de Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyinin FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile ilişkisinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile FertiQol toplam puanı, çekirdek modül puanı ve tedavi modül puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$); yaşam kalitesinin ilişkisel alt boyutu ile eşlerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Eşi üniversite ve üzeri mezun olan kadınların ilişkisel alt boyut puanı ($18,30$) diğerlerine ($16,67$) göre yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Gebelerin gelir durumu algılarına göre FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırmaları

	FertiQol Toplam Puan	Çekirdek modülü	Duygusal	Zihin-beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi modülü	Tedavi çevresi	Tedavi tolerasyonu
Gelir Durumu Algısı	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}
İyi (n=44)	92	67	16	17	18	17	25	16	9
Orta ve Kötü (n=76)	86	60	14	15	17	15	25	16	9
İstatistikî Değer	t:1,553 p:0,147	t:2,035 p:0,054	t:1,606 p:0,111	t:2,108 p:0,037	t:1,331 p:0,186	t:2,150 p:0,034	t:-0,128 p:0,899	t:-0,488 p:0,626	t:0,242 p:0,809

Çizelge 4.6’ da Gebelerin gelir durumu algılarının FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırmaları yer almaktadır. Gebelerin gelir durumu algısı ile FertiQol toplam puanı, çekirdek modül puanı ve tedavi modül puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$); yaşam kalitesinin zihin-beden alt boyutu ve sosyal alt boyutu ile gelir durumu algısı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumunu iyi olarak algılayan kadınların zihin-beden alt boyut puanı (17) ve sosyal alt boyut puanı (17) diğerlerine (zihin-beden 15; sosyal 15) göre yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.7. Gebelerin aile biçimlerinin FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırılması

	FertiQol Toplam Puan	Çekirdek modülü	Duygusal	Zihin-beden	İlişkisel	Sosyal	Tedavi modülü	Tedavi çevresi	Tedavi tolerasyonu
Aile Biçimi	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}	X_{ort}
Çekirdek Aile (n=102)	90	64	15	16	18	16	26	16	9
Geniş Aile (n=18)	77	53	13	14	14	13	23	14	9
İstatistikî Değer	t:-2,342 p:0,019	t:-2,445 p:0,015	t:-1,819 p:0,069	t:-1,615 p:0,106	t:-3,583 p:0,000	t:-2,306 p:0,021	t:-1,226 p:0,220	t:-1,778 p:0,075	t:-0,048 p:0,962

Çizelge 4.7’de Gebelerin aile biçimlerinin FertiQol yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortancalarının karşılaştırması yer almaktadır. Gebelerin aile biçimi ile FertiQol toplam puanı, çekirdek modül puanı, ilişkisel alt boyut puanı ve sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0.05$); yaşam kalitesinin tedavi modülü puanı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Çekirdek aileye sahip kadınların FertiQol toplam puanı (90), çekirdek modül puanı (64), ilişkisel alt boyut puanı (18) ve sosyal alt boyut puanı (16) diğerlerine (FertiQol toplam puanı 77; çekirdek modül puanı 53; ilişkisel alt boyut puanı 14; sosyal alt boyut puanı 13) göre yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye özel, beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını etkileyen bir deneyimdir (Peterson ve arkadaşları, 2010; Güz, Özkan, Sarısoy, Yanık, Yanık ve Schuiling, 2003). Kültürlerin birçoğunda gebelik ve ebeveynlik yaşamın temel basamaklarından biri olarak görülmekte ve kadının doğurganlığı toplumdaki cinsiyet rolünün belirleyicisi olmaktadır. Çocuk; ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktör olarak algılanmakta, üreme konusundaki yetersizlik çoğunlukla sosyal bir sorun haline gelmektedir. Toplumda annelik kadın için birincil rol olarak görülmekte çocuksuz evlilikler daha kolay bitebilmekte, hatta yeni bir eş arayışına neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınlar kendilerini yoğun bir baskı altında hissedebilmektedir (Lau, 2008; Taşçı ve Kuş, 2008). Çalışmamızda kadınların %34,2'si çocuk sahibi olamama nedeniyle kendisini baskı altında hissettiğini ve en yoğun baskı kaynağı olarak kendisini (%55.8) ve eşinin ailesini (%39.5) gördüğünü ifade etmiştir (Bkz. Çizelge 4.1). İnfertilite konusunda yapılan çalışmalarda; toplumsal değerler, kültür ve doğurganlığın kadına ait bir görev olarak düşünülmesine bağlı bu sorunun, kadınlarda daha çok baskı ve suçluluk duygusu yarattığı belirtilmektedir (Lau, 2008; Taşçı, 2008). Topdemir-Koçyiğit (2012) çalışmasında infertil kadınlara yoğun baskı uygulayanların başında eltiler ve kayınvalidelerin geldiğini bildirmiştir. Topdemir-Koçyiğit (2012) kadınları sosyal baskı çemberine alanların yine kadınlar olduğunu belirtmiş; çalışmamızda kadınların en yoğun baskıyı kendilerinden kaynaklı gördüklerini ifade etmeleri “bir kadın olarak” sorunu benzer şekilde içselleştirdiklerini düşündürmektedir.

Gebelik süreci ve çocuk sahibi olmak genel anlamda ebeveynler için neşeli ve heyecan verici bir dönemdir. Ancak gebelik süreci bu konuda duyarlı bireylerde özellikle uzun süreli infertilite sorunu yaşamış ve YÜT ile gebe kalmış kadınlarda strese yol açan bir yaşam dönemi olarak ortaya çıkabilmektedir (Türçepar, 2008; Domar, 2008). Gebelikte distres prevelansının %41.7-% 51 arasında değiştiği belirtilmiştir (Richter ve arkadaşları 2012). Çalışmamızda kadınların algılanan stres ölçeğinden alınan puan ortalaması $16,38 \pm 4,721$; algılanan stres ölçeği alt ölçeği puan ortalaması $11,63 \pm 3,517$ ve algılanan başatme alt ölçeği puan ortalaması $4,74 \pm 1,968$ 'dir. Bu bulgular doğrultusunda kadınlara ait

algılanan stres ve algılanan baş etmenin orta seviyede olduğu düşünülebilir. Literatürde YÜT ile gebe kalan kadınların algılanan streslerini direk ortaya koyan çalışmalar bulunmamakla birlikte spontan gebe kalan kadınlarla kıyaslamalı çalışmalar yer almaktadır. Ertekin-Pınar, Arslan, Polat, Çiftçi, Cesur ve Dağlar, (2014) gebelerde uyku kalitesi ve algılanan stresi değerlendirdikleri çalışmada gebelerin algılanan stres ortalaması 25.30 ± 5.04 olarak tespit edilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının gebelerle yaptıkları çalışmada algılanan stres puan ortalaması ise 25.0 bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan gebelerin streslerinin normal gebelerle yapılan çalışmalara kıyasla düşük olduğu düşünülmüştür. YÜT ile gebe kalan çiftlerle spontan gebe kalan çiftler arasında distresin karşılaştırıldığı çalışmalarda bazen fark olmadığı (Hammarberg, Fisher ve Wynter, 2008), bazen de YÜT ile gebe kalan çiftlerde daha yüksek anksiyete olduğu (Hjelmstedt, Widström, Wramsby and Collins, 2003a) bildirilmiştir. Gourounti, (2016) yaptıkları review çalışmasında yedi çalışmada (Darwiche, Lawrence, Vial, Wunder, Stiefel, Germond, Despland ve de Roten, 2014; Gourounti, Anagnostopoulos ve Lykeridou, 2013; Hjelmstedt ve arkadaşları, 2003a-2003b; McMahon, Boivin, Gibson, Hammarberg, Wynter, Saunders ve Fisher, 2013; Monti, Agostini, Fagandini, La Sala ve Blickstein, 2009) YÜT ile gebe kalan kadınların doğal yoldan gebe kalan kadınlara kıyasla daha yüksek algılanan strese sahip olduklarının; altı çalışmada (Cox, Glazebrook, Sheard, Ndukwe ve Oates, 2006; Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro ve Soares, 2010; Harf-Kashdae ve Kaitz, 2007; Hjelmstedt ve arkadaşları, 2006; Klock ve Greenfeld, 2000; Poikkeus, Saisto, Unkila-Kallio, Punamaki, Repokari, Vilska, Tiitinen ve Tulppala, 2006) gruplar arasında fark olmadığının ve üç çalışmada (McMahon ve arkadaşları, 2013; Punamäki, Repokari, Vilska, Poikkeus, Tiitinen, Sinkkonen ve Tulppala, 2006; Repokari, Punamaki, Poikkeus, Vilska, Unkila-Kallio ve Sinkkonen, 2005) ise YÜT ile gebe kalan kadınların doğal yoldan gebe kalan kadınlara kıyasla daha düşük algılanan strese sahip olduklarının tespit edildiğini bildirmiştir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumludur. Çalışmamızda yer alan gebelerin yaşadıkları stresin normal gebelerden düşüklüğünün, uzun süredir beklenen bir gebeliğe sahip olmaya bağlı yaşanan mutluluktan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Gebelik, kadınların yaşamında bir stres dönemi olabilmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008). Gebelik, fizyolojik, sosyal ve duygusal değişiklikler, beden imajının bozulması, uyum sağlayamama, ebeveyn olma kaygısı, mali gereksinimler, sosyal destek yetersizliği ve riskli gebelik gibi birçok nedenden psikolojik distres ile ilişkilidir (Furber, Garrod,

Maloney, Lovell ve McGowan, 2009). Yardımcı üreme teknikleri ile oluşan gebelikler riskli gebelikler kapsamına girmekte ve gebelerin stresini artırabilmektedir. Yapılan pek çok çalışma infertilitenin ve infertilitede uygulanan tedavilerin çiftlerde ciddi sosyal, duygusal ve psikolojik sıkıntıya ve dolayısıyla yaşam kalitesinde (QoL) düşüşe neden olduğu bildirilmiştir (Chachamovich, Chachamovich, Ezer, Fleck, Knauth ve Passos, 2010; Dancet, Nelen, Sermeus, De Leeuw, Kremer ve D'Hooghe, 2010; Schmidt, 2006; Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaijmaat ve Braat, 2007). Çalışmamızda, FertiQol ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutları ile ASÖ toplam puanı arasında tespit edilen negatif korelasyon doğrultusunda gebelerin algıladığı stres oranının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kahyaoğlu-Süt ve Balkanlı-Kaplan (2015) tarafından YÜT için başvuran infertil kadınlarla yapılan çalışmada anksiyete puanları ile FertiQol tedavi modülü, çekirdek modül puanları ve alt boyutları (duygusal, zihin-beden, sosyal) arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Maroufizadeh, Ghaheri ve Samani, (2017) tarafından IVF tedavisi için başvuran kadınlarla yapılan çalışmada da FertiQol ortalaması 62.57 bulunmuş ve anksiyete ile yaşam kalitesi arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Aarts, van Empel, Boivin, Nelen, Kremer ve Verhaak, (2011) YÜT için başvuran kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınlarda yüksek distresin bulunduğunu ve bunun yaşam kalitesini (FertiQol) olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Daha önce yapılan çalışmalar infertilite nedeniyle tedavi için başvuran gebelerdeki sonuçları ortaya koymuş, YÜT sonrası gebe kalan kadınların stres ve yaşam kalitesini karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda yer alan gebelerin bulguları tedavi için başvuran gebelerle benzerdir. Bulgumuz tedavi sürecinden sonra başarı elde edildiğinde de algılanan stresin yaşam kalitesini olumsuz etkilemeyi sürdürdüğünü ortaya koymuştur.

Evlilik doyumu, bireyin kendi evlilik ilişkisindeki uyuma ilişkin olumlu ya da olumsuz tutumunu ifade etmektedir (Roach ve arkadaşları 1981). Başka bir tanımda evlilik doyumu bireyin evliliğine ilişkin genel değerlendirmesini ifade eder (Celenk ve van de Vijver, 2013). Çalışmamızda gebelerin evlilik yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 23,03 olarak bulunmuştur. Bu değer maksimum alınabilecek puanın (35), %65,8'ine denk gelmektedir ve ölçekten alınan puan kadınların evlilik yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde YÜT ile gebe kalan kadınların evlilik yaşam doyumunu direk ortaya koyan çalışmalar bulunmamakla birlikte spontan gebe kalan kadınlarla kıyaslamalı çalışmalar yer almaktadır. Doğum öncesi evlilik memnuniyeti genel popülasyonda ve YÜT ile gebe kalan çiftlerde geniş bir şekilde incelenmiş ve evlilik doyumunun ebeveynliğe

geçiş sürecinde azalma eğiliminde olduğu saptanmıştır (Mitnick, Heyman ve Smith-Slep, 2009; Don ve Mickelson 2014). Hammarberg ve arkadaşları (2008) evlilik uyumu açısından spontan gebe kalanlarla YÜT ile gebe kalanlar arasında fark saptamazken; bazı çalışmalarda (Fisher, Hammarberg ve Baker, 2007; Sydsjö, Wadsby, Kjellberg ve Sydsjö, 2002) YÜT ile gebe kalanların evlilik uyumu daha yüksek bulunmuştur. Darwiche, Favez, Simonelli, Antonietti ve Frascarolo, (2015) yaptıkları çalışmada YÜT ile gebe kalan kadınlarda evlilik uyumu ortalamasını 125.67 olarak bulmuş ve YÜT ile gebe kalanların spontan gebe kalanlardan daha yüksek bir evlilik uyumuna sahip olduklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumludur. Çalışmamızda yer alan gebelerin yüksek evlilik doyumuyla sahip olmaları infertilite süreci ve YÜT'ün çiftler arasındaki ilişkiyi olumsuz değil olumlu etkilediğini ve güçlendirdiğini düşündürmektedir.

Türkiye'de yaklaşık 11 milyon evli çift olduğu ve bunların 1.1 milyonunun infertil oldukları tahmin edilmektedir (Demirci ve Kızılkaya-beji 2017). Türkiye'de bir çocuğa sahip olmak toplumsal statü kazanmada önemli bir faktördür. Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de infertil çiftler sıklıkla damgalanmakta ve sosyal izolasyona maruz kalmaktadır. Bununla birlikte çiftler infertilite sorunu ile başa çıkmaya çalışırken evlilik ilişkileri zarar görebilmekte; evlilik uyumları bozulabilmektedir (Albayrak ve Günay 2007; Özçelik ve arkadaşları, 2007). Çalışmamızda FertiQol ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutları ile evlilik yaşam doyumu puanı arasında pozitif korelasyon olduğu ve evlilik uyumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde infertil çiftlerle yapılan iki ayrı çalışmada bireylerin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (Keramat, Masoumi, Mousavi, Poorolajal, Shobeiri ve Hazavehie, 2014; Abedi, Darvari, Nadighara ve Rostami, 2014). Türkiye'de ise sadece bir çalışmada infertil çiftlerin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve pozitif yönlü anlamlı ilişki ortaya konmuştur (Onat ve Beji, 2012). Smith, Madeira ve Millard, (2015) ise; YÜT için başvuran gebelerle yaptıkları çalışmada eşiyle ilişkisinin bozulduğunu belirten kadınların FertiQol puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğunu bildirmiştir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumlu olup YÜT ile gebe kalan kadınların gebeliklerinde evlilik uyumunun yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymuştur.

Gebelik sırasında sağlık bakımı, anne ve yenidoğanın sağlığını optimize etmeyi amaçlamaktadır. Gebelik sırasında algılanan duygusal iyilik halinin annenin doğum sonrası uyumu, doğumu ve neonatal sonuçları etkilediği göz önüne alındığında, gebelik sırasında

kadınların yaşam kalitesini optimize etmek önemli bir hedeftir (Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg ve Kuhn, 2004; Glynn, Schetter, Hobel ve Sandman, 2008; Sutter-Dallay, Giaccone-Marcosche, Glatigny-Dallay ve Verdoux, 2004). Komplikasyonsuz gebeliklerde bile, gebeliğe eşlik eden fiziksel ve duygusal değişiklikler, kadınların çeşitli rollerindeki işlevlerini değiştirebilir ve sonuçta onların yaşam kalitesini etkiler (McKee, Cunningham, Jankowski ve Zayas, 2001). Da Costa, Dritsa, Verreault, Balaa, Kudzman ve Khalifé (2010) üçüncü trimestir gebelerle yaptıkları çalışmada gebelerin 8 SF-36 boyutunun 5'inde belirgin şekilde düşük puan aldıkları saptanmıştır. Gebeliğinde komplikasyona sahip olmanın SF-36'nın fiziksel işlevsellik, bedensel ağrı, genel sağlık ve sosyal işlevsellik puanları ile anlamlı derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır. YÜT gebeliklerinde komplikasyon gelişme olasılığı diğer gebeliklere göre yüksektir. Araştırmaya katılan kadınların FertiQol toplam puan ortalaması $81,25 \pm 17,56$; çekirdek modül ortalama puanları $62,68 \pm 17,720$, tedavi modülü ortalama puanları ise $25,31 \pm 6,752$ olarak tespit edilmiştir. De Pascalis, Agostini, Monti, Paterlini, Fagandini ve La Sala, (2012) YÜT ile gebe kalan çiftlerin gebelik esnasında yaşam kalitesinin spontan gebe kalan çiftlere göre daha düşük olduğunu bildirmiştir. Heredia, Teni'as, Rocio, Amparo, Calleja ve Valenzuela, (2013) yardımcı üreme tekniği kullanılan gebelerde FertiQol ölçeği ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada; toplam FertiQol ortalaması 68.00; Huppelschoten, vanDongen, Verhaak, Smeenk, Kremer ve Nelen, (2013) YÜT ile tedavi olmakta ve YÜT ile gebe kalmış olan kadınlarla yaptıkları çalışmada ; Kahyaoğlu-Süt ve Balkanlı-Kaplan (2015) tarafından YÜT için başvuran infertil kadınlarla yapılan çalışmada ise 66.00 bulunmuştur. Gameiro ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada spontan gebe kalan kadınlarda yaşam kalitesi değişmezken, YÜT ile gebe kalan kadınlarda gebelikten postpartum sürece kadar yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüş yaşandığı saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan gebelerin yaşam kaliteleri literatürde yer alan çalışma sonuçlarına göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun literatürdeki çalışmalarda tedavi sürecinde olunması, bizim çalışmamızda ise tedavi başarısı sağlandıktan sonra yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, kültürel ve ekonomik etkileri vardır. Bu nedenle infertilite basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit eden bir yaşam krizidir (Peterson ve arkadaşları, 2010). Bununla birlikte infertil çiftlerin yaşam kalitesi sosyodemografik özelliklerinden etkilenebilmektedir. Çalışma durumu ve ekonomik düzey genel popülasyonda olduğu gibi

infertil çiftlerde de yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri olarak bildirilmektedir (Dişsiz ve Oskay, 2016). Çalışmamızda; çalışan kadınların yaşam kalitesi ilişkisel alt boyutta çalışmayan kadınlara göre; gelir durumunu iyi olarak algılayan kadınların yaşam kalitesi zihin-beden alt boyut ve sosyal alt boyutta diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar, tedavi işlemleri ve kimi zaman embriyo dondurulması durumu gibi ilave işlemler oldukça pahalı olduğundan ekonomik olarak aileye yük getirebilmekte ve tedavi alabilmelerinde güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda düşük gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Lou ve arkadaşları, 2008; Bolsoy, Taspınar, Kavlak ve Sirin, 2010; Ghasemzad ve Farzadi, 2007). Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olup, çalışan ve gelir durumu iyi olan kadınların YÜT tedavisi sonrası klinik takiplerine maddi sorunları olmadan rahatlıkla ulaşabilmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

İnfertil çiftlerde yaşam kalitesini etkileyen bireysel özelliklerden bir diğeri ise eğitimidir. Eğitim düzeyi, üreme ve sağlık davranışları açısından önem taşımakta, infertilitenin algılanmasını ve infertiliteye bağlı sorunların yaşanma düzeyini etkilemektedir (Chachamovich, Chachamovich, Zachia, Knauth ve Passos, 2007). Çalışmamızda eşi üniversite ve üzeri mezun olan kadınların yaşam kalitesi ilişkisel alt boyutta diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda infertil çiftlerde orta ve düşük eğitim düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Chachamovich ve arkadaşları, 2007; Rashidi ve arkadaşlarının, 2008; Lou ve arkadaşları, 2008). Çalışmamızda kadınların değil eşlerinin eğitim düzeyi kadınların yaşam kalitesini etkilemiştir. Etkilenen yaşam kalitesi alt boyutunun ilişkisel alt boyut olması eğitim düzeyi yükseldikçe eşlerin infertilite algılarının ve infertilite sorunlarına yaklaşımlarının olumlu olduğunu ve bu algının kadınlara da olumlu yansıdığını düşündürmüştür.

Türkiye gibi halen geleneksel özelliklerini koruyan toplumlarda aile bağları güçlü olduğundan, infertilite problemi sadece çifti değil, onların ailelerini de etkilemektedir (Güz ve arkadaşları, 2003). Ailelerin infertiliteye olan yanıtları, destekleyici olduğu kadar yaralayıcıda olabilmektedir. Çalışmamızda çekirdek aileye sahip kadınların genel yaşam kalitesi, yaşam kalitesi ilişkisel alt boyutu ve sosyal alt boyutu diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bolsoy ve arkadaşları, (2010) çekirdek aile yapısında olan infertil kadınların yaşam kalitesinin, geniş aile yapısı olanlara göre daha iyi olduğunu, Gülseren, Çetinay, Tokatlıoğlu, Sarıkaya, Gülseren ve Kurt, (2006) ise eşlerinin aileleri ile ilişkide

zorluk yaşayan infertil kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımız literatürle uyumlu olup geleneksel yapının daha fazla varlığını hissettirdiğı geniş aile yapısının infertil kadınlarda sosyal ve psikolojik bir baskı oluşturmasından kaynaklandığı düşünölmüştür.





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri, yaşam kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesi ile evlilik doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

1. Gebelerin %68,3'inin 6 ve üzeri yıldır evli olduğu ve %34,2'sinin çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı hissettiği saptanmıştır. Gebelerin en yoğun baskı kaynağı olarak kendisini (%55.8) ve eşinin ailesini (%39.5) gördükleri saptanmıştır.
2. Gebelerin algılanan stres ve algılanan baş etmelerinin orta seviyede (toplam puan ortalaması $16,38 \pm 4,721$; algılanan stres ölçeği alt ölçeği puan ortalaması $11,63 \pm 3,517$ ve algılanan baş etme alt ölçeği puan ortalaması $4,74 \pm 1,968$); evlilik yaşam doyumunun yüksek (puan ortalaması 23,03); yaşam kalitelerinin yüksek (FertiQol toplam puan ortalaması $81,25 \pm 17,56$; çekirdek modül ortalama puanları $62,68 \pm 17,720$, tedavi modülü ortalama puanları $25,31 \pm 6,752$) olduğu saptanmıştır.
3. Gebelerin algıladığı stres oranının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.
4. Gebelerde evlilik uyumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.
5. Çalışmamızda çalışan gebelerin yaşam kalitesi ilişkisel alt boyutta çalışmayan gebelere göre; gelir durumunu iyi olarak algılayan gebelerin yaşam kalitesi zihin-beden alt boyut ve sosyal alt boyutta diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
6. Çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça gebelerin yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.
7. Çalışmamızda çekirdek aileye sahip kadınların genel yaşam kalitesinin, yaşam kalitesi ilişkisel alt boyutu ve sosyal alt boyutunun diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

1. İnfertil kadınlara uygulanan baskının ortadan kaldırılabilmesi için gebe, aile ve topluma yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve destek gruplarının oluşturularak infertil kadınların katılımları yönünde desteklenmesi
2. YÜT ile gebe kalan kadınların yaşadıkları stresi azaltmaya/gidermeye yönelik stresle baş etme tekniklerinin anlatılması, nefes ve gevşeme eğitimlerinin verilmesi, destek gruplarının oluşturulması ve gerekli durumlarda psikoloğa/psikiyatra yönlendirilmesi
3. YÜT ile gebe kalan kadınların yaşam kalitesini etkileyen evlilik uyumu sorunlarının saptanarak danışmanlık yapılması ve gerektiğinde aile danışmanlığına yönlendirilmesi
4. YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik sürecinde sosyal yaşamdan kopmamaları için çalışmalarının desteklenmesi ve çalışma koşullarının uygun hale getirilmesi
5. Daha geniş örneklemelerle ve farklı popülasyonlarda YÜT ile gebe kalan kadınların yaşam kalitesinin, algıladıkları stresin ve evlilik uyumunun değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Aarts, J.W.M., van Empel, I.W.H., Boivin, J., Nelen, W.L., Kremer, J.A.M. and Verhaak, C.M. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*, 26(5),1112–1118.
- Abedi, G., Darvari, S.H., Nadighara, A. and Rostami, F. (2014). The relationship between quality of life and marriage satisfaction in infertile couples using path analysis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24(117), 184-193.
- Akyuz, A., Seven, M., Şahiner, G. ve Bakır, B. (2013). Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Int Journal Fertil Steril*, 6(4), 286-293.
- Akyüz, A., Şahiner, G., Seven, M. ve Bakır, B. (2014). The effect of marital violence on infertility distress among a sample of Turkish women. *Int Journal Fertil Steril*, 8(1), 67-76.
- Albayrak, E. ve Günay, O. (2007). State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri, Turkey. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, 14, 1–6.
- Ardabily, H.E., Moghadam, Z.B., Salsali, M., Ramezanzadeh, F. and Nedjat, S. (2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112(1), 15-17.
- Ashcroft, S. (2001). Developing the clinical nurse specialist's role in fertility: Do patients benefit. *Human Fertility*, 3,265-267.
- Aşçı, Ö. ve Beji, N.(2012). İnfertilite Danışmanlığı. *İ.Ü.F.N. Hemşire Dergisi*, 20(2), 154-159.
- Audu, B. M. (2002). Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *Journal Obstet Gynaecol*, 22(6), 655-657.
- Baor, L. and Soskolne, V. (2010). Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Human Reproduction*, 25(6), 1490-1496.
- Belen, S. (2012). *The relationship between perceived quality of life and coping skills in individuals regarding fertility problems*. Master of Arts in Educational Sciences. Boğaziçi University.
- Bodur, N.E., Çoşar, B. ve Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 51-62.
- Boivin, J., Takefman, J. and Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 1-8.
- Bolsoy, N., Taspınar, A., Kavlak, O. ve Sirin, A. (2010). Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(2), 191-198.

- Celenk, O. and van de Vijver, F. J. (2013). What makes couples happy? Marital and life satisfaction among ethnic groups in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20(10), 1-19.
- Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M.P., Knauth, D. and Passos, E.P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31, 101–110.
- Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D. and Passos, E.P. (2007). What Variables predict generic and health-related quality of life in a sample of brazilian women experiencing infertility?. *Human Reproduction*, 22, 1946-1952.
- Coşkun, A., Yılmaz, S. ve Yılmaz, T. (2009). *İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci, hemşirelik yaklaşımı*. Editör:Kızılkaya-Beji, N., İnfertilite Hemşireliği. İstanbul.
- Cousineau, T.M. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Cox, S.J., Glazebrook, C., Sheard, C., Ndukwe, G. and Oates, M. (2006). Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 85, 84–89.
- Çapık, A., Ejder-Apay, S. ve Sakar, T. (2015). Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 196-203.
- Çelik, E. (2012-4-7 Mayıs). *Marital life satisfaction scale: Validity and reliability study*. IV. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitapçığı. Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Çetinbaş, A., Dağdeviren, H.N., Öztora, S., Çaylan, A. ve Sezer, Ö. (2014). Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 3, 105-110.
- Çiçek, M.N. ve Kahyaoğlu, İ. (2018). *Jinekolojik endokrinoloji ve infertilite el kitabı*. Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Çiçek, N. (2008). *Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite*. Ankara:Palme Yayıncılık.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, N., Kudzman, J. and Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 249–257.
- Dancet, E., Nelen, W., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. and D'Hooghe, T. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 16, 467–487.
- Darwiche, J., Favez, N., Simonelli, A., Antonietti, J.P. and Frascarolo, F. (2015). Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously. *Family Relations*, 64, 534–546.

- Darwiche, J.C., Lawrence, Y., Vial, D., Wunder, F., Stiefel, M., Germond, J., Despland, N. and de Roten, Y. (2014). Anxiety and psychological stress before prenatal screening in first time mothers who conceived through IVF/ICSI or spontaneously. *Women & Health*, 54, 474–485.
- De Pascalis, L., Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Fagandini, P. and La Sala, G.B. (2012). A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, 216–219.
- Demirci, N. ve Beji K.N. (2017). *İnfertilite hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Denson, V. (2006). Diagnosis and management of infertility. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(6), 380-386.
- Devine, K.S. (2003). Caring for Infertile Women. *Am Journal Matern Child Nurs*, 28(2), 100–105.
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C., Schanberg, S. and Kuhn, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*, 67, 63–80.
- Dilbaz, S. (2010). *Stres ve infertilite*. [Stress and infertility]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi Ve İnfertilite Kongresi.
- Dişsiz, M. ve Oskay, Y.Ü. (2016). İnfertil Çiftlerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri JObstetWomensHealthDisNurs-SpecialTopics*, 2(3), 14-20.
- Domar, A.D. (2008). *Akıl/beden bağlantısı*. [Mind / body connection]. Işık AZ, Vicdan K. çeviri editörü. Boston IVF infertilite el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitap.
- Domar, A.D. and Kelly, A.L. (2004). *Conquering infertility*: Dr. Alice Domar's mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility. New York: Penguin Books.
- Don, B. P. and Mickelson, K. D. (2014). Relationship satisfaction trajectories across the transition to parenthood among low-risk parents. *Journal of Marriage and Family*, 76, 677–692.
- Ertekin-Pınar, Ş., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B. ve Dağlar, G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 171-177.
- Farhi, A., Reichman, B., Boyko, V., Hourvitz, V., Ronel, R. and Lerner-Geva, L. (2013). Maternal and Neonatal Health Outcomes Following Assisted Reproduction. *Reproductive Bio Medicine Online*, 26(5), 454-61.
- Farzadi, L., Ghasemzadeh, A., Asl, Z.B., Mahini, I.M. and Shirdel, H. (2014). Intimate partner violence against infertile women. *Journal Clin Res Gov*, 4, 147-151.
- Fido, A. and Zahid, M.A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294-300.

- Fisher, J.R.W., Hammarberg, K. and Baker, G.H.W. (2007). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility & Sterility*, 89, 1103–1112.
- Furber, C.M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K. and McGowan, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 669-677.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. and Soares, I. (2010). Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of Portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Research in Nursing & Health*, 33(3), 207–220.
- Ghasemzad, A. and Farzadi, L. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Journal of Medical Science Monitor*, 13(7), 313-317.
- Glazer, E. (1990). *The long-awaited stork*. New York: Lexington Books.
- Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C.J. and Sandman, C.A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27, 43–51.
- Gourounti, K. (2016). Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review, *Women & Health*, 56(1), 98-118.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. and Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 353–61.
- Gülseren, L., Çetinay, P., Tokathoğlu, B., Sarıkaya, O.O., Gülseren, S. ve Kurt, S. (2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal Of Reproductive Medicine*, 51, 421-426.
- Günel, S. (2014). *Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite*. (8. Baskı). Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara.
- Güngör, İ. ve Beji, K.N. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 152-159.
- Güz, H., Özkan, A., Sarısoy, G., Yanık, F., Yanık, A. ve Schuiling, G.A. (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 267-271.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması*. Ankara.
- Hammarberg, K. (2003). Stress in assisted reproductive technology: implications for nursing practice. *Human Fertility*, 6, 30-33.

- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W. and Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 14, 395–414.
- Harf-Kashdaei, E. and Kaitz, M. (2007). Antenatal moods regarding self, baby, and spouse among women who conceived by in-vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 87, 1306–1313.
- Heredia, M., Teni'as, J.M., Rocio, R., Amparo, F., Calleja, M.A. and Valenzuela, J.C. (2013). Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproductive techniques. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 176–180.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. and Collins, A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33, 303–310.
- Hjelmstedt, A.A., Widström, H., Wramsby, A.M. and Collins, A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 153-162.
- Hjelmstedt, A.A., Widström, H., Wramsby, A.M. and Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: A comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 152–161.
- Huppelschoten, A.G., vanDongen, A.J.C.M., Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Kremer, J.A.M. and Nelen, V.L.D.M. (2013). Difference in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28(8), 2168–2176.
- İnternet: Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. 30 Eylül 2014 tarih, 29135 sayı. <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Feskiler%2F2014&date=2018-05-25>, Son Erişim Tarihi: 01.05.2018.
- İnternet: Royal College of Nursing (RCN) (2013). An RCN training and education framework for fertility nursing. London. Publication code: 004322, URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.rcn.org.uk%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0003%2F509106%2F004322.pdf&date=2018-05-25, Son Erişim Tarihi: 02.11.2014.
- İnternet: WHO Infertility definitions and terminology. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Freproductivehealth%2Ftopics%2Finfertility%2Fdefinitions%2Fen%2F&date=2018-05-25>, Son Erişim Tarihi: 20.01.2018.
- İnternet: WHO. Mother or nothing the agony of infertility. WHO Bulletin. Available from URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fentity%2>

Freproductivehealth%2Fpublications%2Finfertility%2Fbulletin_88_12%2Fen%2F-21k.+2010&date=2018-05-25, Son Erişim Tarihi: 20.01.2018.

- Johnson, H. A., Zabriskie, R. B. and Hill, B. (2006). The Contribution of Couple Leisure Involvement, Leisure Time, and Leisure Satisfaction to Marital Satisfaction. *Marriage and Family Review*, 40(1), 69–91.
- Kahyaoglu-Süt, H. ve Balkanlı-Kaplan, P. (2015). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing and Health Sciences*, 17, 84–89.
- Karaca, A. ve Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 80-85.
- Kendall, J. (2008). Psychosocial effects of infertility. *Practice Nursing*, 19(2), 91-93.
- Kendirici, A. (2010). *İnfertilitenin çiftler üzerinde yarattığı stresin çözümünde tamamlayıcı tedavi yaklaşımları*. [Complementary treatment approaches in the solution of the stress on couples of infertility]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya.
- Keramat, A., Masoumi, S.Z., Mousavi, S.A., Poorolajal, J., Shobeiri, F. and Hazavehie, S.M.M. (2014). Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples. *Journal of Research in Health Sciences*, 14(1), 57-64.
- Kırca, N. ve Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite edavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 5(2), 162-178.
- Kızılkaya-Beji, N., Zengin, M. ve Dinç, H. (2009). *İnfertilite hemşirelerinin değişen rolleri ve eğitim gereksinimleri*. Editör: Kızılkaya-Beji, N. İnfertilite Hemşireliği. İstanbul: Acar Basım.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Dzakpasu, S. and Chalmers, B. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: Findings from the Canadian maternity experiences survey. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 158-168.
- Klock, S. and Greenfeld, D. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 73, 1159–1164.
- Koç, E., Kızılkaya-Beji, N. (2016). Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 201-206.
- Kuş, C. (2008). *İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Lau, J.T.F., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X. and Tsu, H.Y. (2008). Infertility-Related Perceptions and Responses and Their Associations with Quality of Life Among Rural Chinese Infertile Couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 248-67.

- Lee, G. L., Choi, W.H.H., Chan, C.H.Y., Chan, C.L.W. and Ernest, H.Y.N. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Hum Reprod*, 24(8), 1920–1929.
- Marakoğlu, K. ve Şahsıvar, M.Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 28(4), 525-532.
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A. and Samani, R.O. (2017). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 145-151.
- McKee, M.D., Cunningham, M., Jankowski, K.R. and Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: Relations with depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 988–993.
- McMahon, C., Boivin, J., Gibson, F., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D. and Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*, 28(4), 997–1005.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E. and Smith-Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 848–852.
- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., La Sala, G. and Blickstein, I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 91(3), 851–857.
- Monti, F., Agostini, P., Fagandini, M., Paterlini, G., La, S. and Blickstein, I. (2008). Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(5), 425–432.
- Möröy, P. ve Yörük, Ö. (2009). *Yardımcı üreme tekniklerinde perinatal sonuçlar*. Editörler: Çiçek, M.N., Mollamahmutoğlu L. A'dan Z'ye Yardımcı Üreme Teknikleri. Ankara:Palme Yayıncılık.
- Ogawa, M., Takamatsu, K. and Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Bio Psycho Social Medicine*, 5(15), 1-5.
- Oltuoğlu, H., Günay, U. ve Aylaz, R. (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: Niteliksel bir çalışma. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 92-98.
- Onat, G. (2014). Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health*, 11(18), 1-8.
- Onat, G. ve Kizilkaya-Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165, 243–248.
- Orji, E. O. and Ogunniyi, S. O. (2001). Sexual behavior of infertile Nigerian women. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 21(3), 303-305.

- Özçelik, B. (2007). Psychological and psychiatric aspects of infertility. *Anatol. Journal Psychiatr*, 8, 140–148.
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O. ve Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 140-148.
- Özkan, M. ve Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile woman in Turkey. *Obstet Gynecol*, 3(1), 44-46.
- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. and Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29(3), 243–248.
- Peterson, B.D., Newton, C.R. and Rosen, K.H. (2010). Schulman RS. Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55, 227-239.
- Petraglia, F., Serour, G.I. and Chapron, C. (2013). The changing prevalence of infertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(2), 4-8.
- Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamäki, R., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A. and Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics & Gynecology*, 108, 70–76.
- Punamäki, R., Repokari, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Tiitinen, A., Sinkkonen, J. and Tulppala, M. (2006). Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: Does former infertility matter? *Infant Behavior and Development*, 29(2), 230–242.
- Qadir, F., Khalid, A. and Medhin, G. (2015). Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. *Women Health*, 55(4), 432-446.
- Ramazanzadeh, F., Noorbala, A., Abedinia, N. and Naghizadeh, M. (2009). Emotional adjustment in infertile couple. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N. and Ashrafi, M. (2008). Health-Related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*, 8, 1-6.
- Repokari, L., Punamäki, R., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L. and Sinkkonen, J. (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: A prospective controlled study. *Human Reproduction*, 20, 3238–3247.
- Richter, J., Bittner, A., Petrowski, K., Hoffmeister, J., Bergmann, S., Joraschky, P. W., Kerstin. (2012). Effects of Early Intervention on Perceived Stress and Diurnal Cortisol in Pregnant Women with Elevated Stress, anxiety, and depressive Symptomatology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(4), 162-170.

- Roach, A.J., Frazier, L.P. and Bowden, S.R. (1981). The marital satisfaction scale: Development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, 43(3), 537-546.
- Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet*, 367, 379-380.
- Schmidt, L., Christensen, U. and Holstein, B.E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4), 1044-1052.
- Sezgin, H. ve Hoccoğlu, Ç. (2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 165-184.
- Sheikhan, Z., Ozgoli, G., Azar, M. and Alavimajd, H. (2014). Domestic violence in Iranian infertile women. *Med Journal Islam Repub Iran*, 22(28), 152.
- Smith, N.C., Madeira, J. and Millard, H.R. (2015). Sexual Function and Fertility Quality of Life in Women Using In Vitro Fertilization. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 985-993.
- Sutter-Dallay, A.L., Giaccone-Marcosche, V., Glatigny-Dallay, E. and Verdoux, H. (2005). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of in tens epostnataldepressivesymptoms: a prospectivesurvey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19, 459-463.
- Sümbülloğlu, K. ve Sümbülloğlu, V. (1997). *Biyoistatistik*. 7. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S. and Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: A prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17, 3242-3250.
- Şahin, H.N. (2012). *Aile planlaması ve infertilite*. Editör: Coşkun, A.M. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Şen, E., Bulut, S. ve Şirin, A. (2014). Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Tamay, A. ve Koyuncu, F. (2012). İnfertil çiftlerde seksüel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri*, 5(2), 97-102.
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O. ve Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105-110.
- Taşkın, L. (2007). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 8. Baskı. Ankara.
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. 4. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Terzioğlu, F., Yüce, L.Ç. ve Karatay, G. (2008). *Cigarette and Infertility*. Turkish Republic Health Ministry Publication Number: 731. Klamat, Turkey.

- Teskereci, G. ve Öncel, S. (2013). The effect of the life style on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 476-492.
- Testa, M.A. and Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position Paper from the World Health Organization. *Social science and Medicine* 41, 1403-1409.
- The WHOQOL Group. (1996). What Quality of Life. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Topdemir-Koçyiğit, O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1), 27-38.
- Türkçapar, F., Vardereci, K. ve Türkçapar, M.H. (2008). *İnfertilite ve psikolojik boyutları*. Editör: Çiçek, M.N. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-47.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T. and Thorn, P. (2010). Counseling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422-428.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F. and Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadığı sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 4.
- Yaşar, B.N. ve Terzioğlu, F. (2016). Yardımcı üreme tekniklerinde perinatal sonuçlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 139-144.
- Yılmaz, A. (2001). Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. *Aile ve Topum Dergisi*, 4(1), 49-58.
- Yoldemir, T. (2008). *Stres ve fertilité*. Editör: Nedim-Çiçek, M. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Yumru, A. ve Öndeş, B. (2011). İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. *Journal of Academic Research İn Medicine*, 1, 57-60.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. and Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92, 1520-1524.



EKLER

Ek-1. Etik Komisyon Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/01/2016-637



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Öğr.Gör.Dr. Sengül YAMAN
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı - Öğretim Görevlisi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem KAYABAŞI'nın tez çalışması olan *"Yardımcı Üreme Teknikleriyle Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler"* başlıklı araştırma öneriniz incelenmiş ve Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

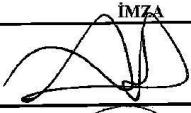
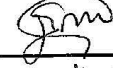
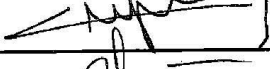
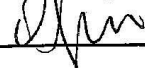
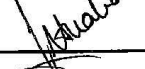
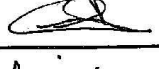
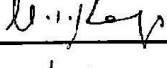
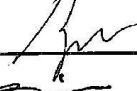
EK :
1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi :<http://etikkurul.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Şenay Seloğlu
Genel Evrak Sorumlusu

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

Ek-1. (devam) Etik Komisyon Raporu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 15.12.2015	TOPLANTI SAYISI :11
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAĞIRDAN (Başkan)	
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)	
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN	
Prof.Dr.Oğün DOĞRU	
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL	KATILAMADI
Prof.Dr.Şenol DURGUN	KATILAMADI
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİ İR	
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER	
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA	
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK	
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACİOMEROĞLU	

Ek-2. Hastane Çalışma izin Yazısı

Çıkış Tarihi ve Sayısı: 06/01/2015-976



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 58875681-104.99-
Konu : Eğitim Öğretim İşleri

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : a) a) 90005124-100-134411 sayı ve 26.12.2014 tarihli yazı;
b) b) 58875681-100-131495 sayı ve 22.12.2014 tarihli yazımız;

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Özlem KAYABAŞI'nın Öğr.Gör.Dr.Sengül YAMAN'ın danışmanlığında yürüteceği 'Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler' konulu tez çalışma protokolü görülmüş olup uygun bulunmuştur.

Gereği için bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet Anıl ONAN
Anabilim Dalı Başkanı

Ankara
 Tel: 0312 212 68 40 Faks: 0312 221 32 00
 Web Adresi: <http://mml.gazi.edu.tr>

Ek-2. (devam) Hastane Çalışma izin Yazısı

öğrenciye verilecek.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
 Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
 Gazi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 90005124-100-5136
 Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

15/01/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 22.12.2014 tarih ve 131495 sayılı yazınız.

Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrenciniz Özlem KAYABAŞI'nın Öğr.Gör.Dr.Şengül YAMAN'ın danışmanlığında yürüteceği 'Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler' konulu tez çalışmasının Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapılması uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER
 Başhekim a. .
 Başhekim Yardımcısı

EK :

1 adet yazı örn.

Ek-3. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “*Yardımcı Üreme Teknikleriyle Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler*” dir.

Bu araştırmanın amacı; yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek; bu doğrultuda öneriler geliştirmektir.

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

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zararınıza yol açmayacaktır. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza :

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı Soyadı: Özlem KAYABAŞI,

Adres: Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etiler/Ankara

Tel : 05435095094

İmza:

Adı, Soyadı:

İnfertilite Nedeni:

Uygulanan Yöntem:

Telefon No:

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

1- Yaşınız?.....

2- Eğitim durumunuz nedir?

A)İlkokul B) Ortaokul C) Lise D) Üniversite E) Diğer.....

3- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

Cevabınız evet ise mesleğiniz:.....

4- Eşinizin yaşı?.....

5- Eşinizin eğitim durumu nedir?

A)İlkokul B) Ortaokul C) Lise D) Üniversite E)

Diğer.....

6- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

A) İyi B) Orta C) Kötü D) Diğer.....

7- Aile biçiminiz nedir?

A) Çekirdek aile (eşim ve ben)

B) Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyorum

C) Kendi ailem ile birlikte yaşıyorum

D) Diğer.....

8- Kaç yıldır evlisiniz?

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

A) Evet B) Hayır

10- Evet ise en yoğun baskıyı kimden hissettiniz?

A) Kendimden B) Eşimden C) Kendi ailemden

D) Eşimin ailesinden E) Arkadaşımdan F) İş yerimden

Diğer(Açıklayınız).....

Ek-5. Evlilik Yaşam Doyumu Ölçeği

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle						
Kesinlikle						
katılmıyorum						
katılıyorum						

1	Evlilik hayatım çoğu açıdan ideale yakın bir hayattır.	1	2	3	4	5	6	7
2	Evlilik hayatımın şartları mükemmeldir.	1	2	3	4	5	6	7
3	Evlilik hayatım tatmin edicidir.	1	2	3	4	5	6	7
4	Şu ana kadar evlilik hayatımdan beklediğim en önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eğer evlilik hayatımı bitirirsem, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmem.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-6. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu **geçen ay boyunca** ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözme konusunda kendime güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkелendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-7. FertiQol International

FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

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

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

Ek-7. (devam) FertiQol International

FertiQol International

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

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

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

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Her zaman	çoğu zaman	bazen	nadiren	hiçbir zaman
T1	Kısırlık tedavisi ruh hâlinizi olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T2	İsteddiğiniz tedavi hizmetleri size sağlıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐

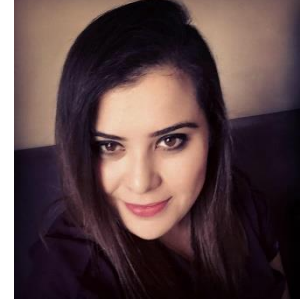
Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
T3	Doğurganlık sorunlarıyla ilgili tedavinizdeki işlemler ve/veya ilaçları kullanmak karmaşık geliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
T4	Tedavinin işinizi ya da gündelik uğraşlarınızı etkilemesinden rahatsız mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Tedavi ekibinin neler yaşadığınızı anladığını hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T6	Doğurganlık ilaçlarının ve tedavinin fiziksel yan etkileri sizi rahatsız ediyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐

Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.		Hiç memnun değilim	memnun değilim	ne memnunum, ne memnun değilim	memnunum	çok memnunum
T7	Duygusal ihtiyaçlarınızla ilgili olarak sağlanan psikolojik yardım hizmetlerinin niteliğinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
T8	Size uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviyi nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
T9	Size verilen ilaçlar ve cerrahi ya da tıbbi tedaviler hakkında sunulan bilgilerin niteliğini nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
T10	Tedavi ekibi ile iletişiminizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KAYABAŞI, Özlem
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 12.09.1986/ ORDU
Medeni hali : Bekar
Telefon : 0543 509 5094
e-mail : kayabasiozlemhotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2010
Lise	Niksar Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2011	Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi	Sorumlu Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

