**T.C.**
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**KADIN HASTALIKLARI**
**VE DOĞUM**
**ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Koray ELTER

# ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN FERTİL VE İNFERTİL KADINLARIN YUMURTA DONASYONU HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ

(Uzmanlık Tezi)

**Dr. Mehmet Musa ASLAN**

EDİRNE -2016

# TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndaki Uzmanlık eğitimim süresince, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli Tez Hocam ve aynı zamanda Anabilim Dalı Başkanımız olan Prof. Dr. Koray ELTER'e; eğitimime göstermiş oldukları ilgi ve kendilerinden edindiğim bilgi ve beceriler için; Prof. Dr. Füsun VAROL'a, Prof. Dr. Cenk SAYIN'a, Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL'e ve Yrd. Doç. Dr. Nihal DOLGUN'a çok ama çok teşekkür ederim.

Ayrıca yoğun çalışma saatlerime sabır ve anlayış gösterip, mesleki hayatımda beni devamlı cesaretlendiren ve desteğini her zaman arkamda hissettiren sevgili eşim, hayat arkadaşım Hilal ASLAN'a, geçirttiği uykusuz geceler ile hayatımıza renk katan, canımdan çok sevdiğim, biricik kızım Elif Simay ASLAN'a, beni büyüten, okumama imkân sağlayan ve fedakârlıklarıyla bu günlere gelmeme vesile olan değerli varlıklarım anne ve babama, beni hayatımın hiçbir döneminde yalnız bırakmayan sevgili kardeşlerime ve yaptığım çalışmada küçük ya da büyük katkısı olan herkese, teşekkürü bir borç bilirim.

## İÇİNDEKİLER


**GİRİŞ VE AMAÇ** ..... 1

**GENEL BİLGİLER** ..... 5

- **İNFERTİLİTE.** ..... 5
- **İNFERTİLİTE NEDENLERİ VE TEDAVİ.** ..... 6
- **YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ.** ..... 11
- **YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE ETİK.** ..... 12

**GEREÇ VE YÖNTEMLER** ..... 18

**BULGULAR** ..... 20

**TARTIŞMA** ..... 32

**SONUÇLAR** ..... 38

**ÖZET** ..... 39

**SUMMARY** ..... 41

**KAYNAKLAR** ..... 43

**EKLER**

# SİMGE VE KISALTMALAR

**DI** : Donör İnseminasyon

**GIFT** : Gamet İntraFallopian Transfer

**ICSI** : İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

**IUI** : İntrauterin İnseminasyon

**IVF** : İn Vitro Fertilizasyon

**IVF-ET** : İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi

**OHSS** : Ovaryen Hipersitümülasyon Sendromu

**OPU** : Oocyte Pick Up

**PID** : Pelvik İnflamatuar Hastalık

**YÜT** : Yardımcı Üreme Teknikleri

**ZIFT** : Zigot İntraFallopian Transfer

# GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde; erişkin yaşa ulaşmış olan bütün kadınlar ve erkeklerin; ırk, milliyet ya da din ayrımı yapılmaksızın evlenmek, bir aile kurmak hakkına sahip oldukları belirtilmektedir. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nde de "üreme hakları, cinsel haklar ve özgürlükleri, bireyleri olduğu kadar çiftleri de ilgilendiren haklar ve özgürlükler" olarak gösterilmektedir. Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesi'nden yola çıkarak hazırlanan bildirge cinsellik ve üreme ile ilgili hakların temel insan hakları arasında meşru bir yeri olduğunu göstermektedir (1).

İnsan neslinin devamının sağlanmasında ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde aile büyük önem taşır. Üreme ve doğurganlık işlevleri birey ve aileye özgü evrensel bir işlevdir. Özellikle geleneksel toplumlarda kadının aile ve toplum içindeki rolü doğurganlık ve çocuk bakımı ile bağlantılı olarak ele alınmıştır. Kadın üreme organları doğumla birlikte bireye kadınlık rolü kazandırır ve kız çocuğu geleceğe bu rol ile hazırlanır. Üreme organları sağlıklı oldukları sürece kadının yaşantısına anlam verirken, aksi bir durum söz konusu olduğunda kadının; sosyal, psikolojik dengesini tehdit eder ve bozar (2).

Aile kurma, çocuk sahibi olma bütün toplumlarda kabul gören arzu edilen bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır (3). Aile ve çocuk sahibi olmak, bireyin birincil ve sosyal görevidir. İnfertil kadın bunu kabul etmiş olmakla birlikte, çocuk sahibi olmamakla davranış normlarını ihlal etmiş olur. Bütün dünya toplumlarında olduğu gibi, Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirir ve çocuğun olmadığı evliliklerde sorunlar ortaya çıkar. Evlilikten sonra çocuksuz aile düşünülemez ve çiftlerden hemen çocuk yapmaları beklenir (4).

İstedikleri halde çocuk sahibi olamayan infertil çiftler için durum oldukça zordur. Çünkü infertilite tanı ve tedavisi ile yorucu, yıpratıcı, zaman, emek ve paraya mal olan bir süreçtir. Ayrıca infertilite kadınların kendilerini daha az değerli ve yetersiz görmelerine neden olabilmektedir (5).

İnfertil çiftlerde biyolojik, psikolojik, psikososyal ve kültürel olarak önemli sorunlar yaratan infertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç-dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebelik oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumudur (6-9).

İslami toplumlarda çocuk sahibi olma, evlilik için önemli bir amaçtır ve evlilik hayatının stabilitesi ve mutluluğu için çok önemli görülmektedir. Bu nedenle bu temel amacı gerçekleştiremeyen infertil çiftler toplum tarafından başarısız olarak değerlendirilme eğilimindedirler. Bu bağlamda infertilite, ilişkileri etkileyebilen, hatta evliliği tehdit eden önemli bir toplum sorunudur. Ek olarak sosyal çevre de, çiftleri toplum beklentileriyle karşı karşıya getirerek durumu daha da güçleştirmektedir (10).

Günümüzde infertilite için çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur ve evli çiftlerin yaklaşık % 15-20'sini etkileyen bu önemli sağlık problemine yönelik yeni teknolojiler de gelişmektedir. Çok sayıda yardımcı üreme modelleri mevcuttur, bunlardan bazıları gamet veya embriyo bağışı ve taşıyıcı annelik gibi üçüncü şahıslar aracılığıyla gerçekleşir. Yumurtalık yetersizliği olan kadınlar yaklaşık 20 yıl öncesine kadar irreversibl olarak steril kabul edilirken, yardımcı üreme tekniklerindeki (YÜT) gelişmelerle bu görüş değişmiştir. Günümüzde prematür yumurtalık yetersizliği veya hızlı düşük yumurtalık rezervi olan kadınlara oosit bağışıyla gerçekçi bir düzeyde gebelik şansı tanınabilmektedir. Oosit bağışı, sıklıkla yumurtalık hiperstimulasyonu kontrol edildikten sonra sağlıklı genç bir donörden alınan oositle alıcının partnerinden alınan spermin alıcının uterusuna transfer edilmesiyle in vitrofertilizasyon (IVF) yapılarak uygulanmaktadır. Bağışlanan oositler kullanılarak, alıcı bir kadında ilk başarılı gebelik 1983 yılında gerçekleştirildi (11). O günden bugüne oosit bağışı yardımcı üreme teknolojisinin gelişen bir alanı oldu.

Oosit bağışı; etik, sosyal, dini, fizyolojik ve tıbbi sorunlar içermektedir. Oosit bağışının tıbbi risklerine yeterince dikkat verilmemektedir. Oosit bağışının risklerinin olması, bağış sürecinde oosit donörlerinin tedavisine özel dikkatli bir inceleme yapılmasını gerekli kılmaktadır. Oosit donörü olmakla ilgili ağrı, enfeksiyon, oosit alınma sürecinde kanama, premenstrüel sendrom benzeri semptomlar, Ovaryen Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS) ve donörün kullanmış olduğu ilaçlara bağlı over kanseri riski gibi bazı uzun dönem riskler ve çeşitli yan etkiler mevcuttur. Oosit bağışının riskleri, bağış süreci boyunca oosit donörlerinin tedavi ve takibinin çok iyi olmasını gerektirmektedir (11).

Oosit bağışıyla tedavi, yardımcı üreme yöntemlerinden en çok tartışmanın olduğu durumlardan biridir. Toplumda moral, etik ve dini konularda çok sayıda görüş ayrılıkları mevcuttur. Üçüncü şahıslar aracılığıyla üremenin bile bazı insanlara göre islami kurallar çerçevesinde kabul edilemez olduğunun düşünülmesi ve mevzuatta yasak olması hesaba katıldığında oosit bağışının İslami toplumlarda daha da karışık olduğu tahmin edilebilir. Çok sayıda ülke kendi değerleri ve inançları doğrultusunda gerekli yasal düzenlemeleri yapıp oosit bağışına başladı. Donörün, alıcı çiftin ve çocuğun hakları bu ülkelerde yasaların güvencesi altındadır. Türkiye'de İslam, 99% ile baskın dindir.

Yardımcı üreme tedavisiyle ilgili yasal kurallara göre, Türkiye'de yalnızca evli çiftlerden elde edilen sperm ve oositlerin kullanımı uygundur. Sperm bağışı, oosit bağışı ve taşıyıcı annelik yasaktır (12). Türk toplumunun oosit bağışıyla ilgili düşüncelerini yansıtan az sayıda çalışma mevcuttur.

YÜT gelişmeden önce sıklıkla uygulanan evlat edinme infertil kişilerin sorununun bir çözümü olarak görülse de kan bağı ve ırk önemi göz önüne alındığında yetersiz kalmakta ve ebeveynlerde ve çocuklarda psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Anadolu'da evlat edinme kan bağı ve ırk önemi gözetilerek aile içinde yeğenlerin evlat edinilmesi şeklinde bir çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Evlat edinme; YÜT'nin sağlayabileceği biyolojik bağı ve bir çocuğa sahip olmanın vereceği heyecanı sağlayamayacağından tercih edilmeyen bir seçenek olarak kalmaktadır. İslamiyette bazı ekoller evlat edinmeyi men ederek, kişinin babasından başkasına nisbet edilmesini yasaklamıştır (13).

Yardımcı üreme tedavisinin getirdiği sorunlardan biri de çocuğunun gerçek ebeveyninin kim olduğudur. Üçüncü şahısların genetik materyali kullanılmadıkça, anne ve baba kavramlarında bir karışıklık görülmemektedir. Bu nedenle dinsel gelenekler ve çoğu ülkenin hukukunda YÜT'nin uygulanmasında üçüncü şahısların genetik materyalinin kullanımı hoş görülmemektedir (14).

Donör yumurta, sperm veya embriyo kullanımı medikal bir problemden çok sosyal veya kültürel bir problemdir. Bu nedenle oosit bağışıyla ilgili yasal düzenlemeler, kültürel inançlar ve toplumun prosedürle ilgili düşünceleri doğrultusunda yapılmaktadır; bireyler kendi değerlerine göre yasal prosedürler kullanmakta özgürdür. Ancak bazı topluluklarda yasak olduğu gerçeği, kullanmak isteyenleri engelleyerek illegal yollara itebilmektedir. İnfertil çiftler, hem infertilite hem de olumsuz diğer etkilere yönelik çözümler bulmaya çalışıp çok sayıda tedavi seçeneği denemektedir. Bu noktada biz, infertil ailelerin oosit bağışıyla ilgili düşüncelerinin dikkate alınması gerektiğini savunmaktayız.

Bu çalışmanın amacı, fertil ve infertil ailelerin oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip bu tekniğin yasal, etik, sosyal ve dini yönlerinin farkında olup olmadıklarını anlamak ve ayrıca kimlerden bağış kabul edip kimlere verebileceklerini iki grupta bu değişkenler açısından karşılaştırmaktır.

# GENEL BİLGİLER

## İNFERTİLİTE

### Tarihçe

Üreme çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. Başlangıçta, eski çağlarda yaşayan düşünürler, insan üreme sistemini ve bu sistemdeki işlev bozukluklarını anlamaya ilişkin uğraşlarını yürütmüşler, sonrasında bilimin gelişmesiyle bilim adamları bu konudaki çalışmaları sürdürmüşlerdir. İnfertilite ile ilgili ilk metinler M.Ö 2200-1950 yıllarına dayanır. M.Ö 460-370 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat da infertiliteden bahsetmiştir (15). Gebeliğin erken tanısı ve kısırlığın önlenmesiyle ilgili reçeteler ilk olarak eski Mısır'da kullanılmıştır (16). İnsandaki ilk yapay döllenme ise 1776 ve 1799 yılları arasında Hunter tarafından elde edilmiştir (15-17). Üremeye ait ilk referanslar antik çağlara kadar dayanır ve ilk örneklerden biri de İncil'in emri olan "üretken olun ve çoğalın" dır. Dini inanışlara göre, Tanrı hem fertilitenin hem infertilitenin kaynağıydı. Bir kadının çocuk doğurabilme becerisi kadınlığının bir ölçüsü olarak değerlendirilmekte; infertilite, yanlış davranışın bir cezalandırılması olarak görülmekteydi (15-17). Son 30 yılda üreme sağlığı ile ilgili hızlı gelişmeler infertilite kavramına olan ilgiyi ve beklentileri de arttırmıştır. Son yıllarda kabul gören infertilite tanımı; üreme çağındaki çiftlerin en az bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememedir (18-21). Dünyada infertilite oranlarına bakıldığında farklı ülkelerde farklı oranlarda görüldüğü, dünyada 80 milyondan fazla kişiyi etkilediği öne sürülmekte ve infertilite oranının %5-30 arasında değiştiği belirtilmektedir. Sanayileşmiş toplumlarda

çiftlerin %10-15'inin birincil ya da ikincil infertilite tanısı aldıkları tahmin edilmektedir. Bu oran Afrika ülkelerinde %30-50'ye yükselmektedir (22). Türkiye'de de çiftlerin %10-20'sinin infertilite tanısı aldığı düşünülmektedir (21-22). Tüm dünyada çeşitli faktörlere bağlı olarak artan infertilite, bireylerde ve evlilik ilişkilerinde yarattığı duygusal sorunlar nedeniyle medikal bir durumdan çok bireysel ve eş ilişkilerini de içine alan gelişimsel bir kriz olarak görülmektedir.

### Üreme Süreci ve İnfertilite

Üreme sürecinin başarı ile tamamlanabilmesi için kadın ve erkek fizyolojisinin olgunlaşması ve üreme için gerekli koşullara sahip olması gerekir. Öncelikle kadında hipotalamus- hipofizer- overian aksis, fallop tüpleri fonksiyonları, servikal ve endometrial koşullar; erkekte hipotalamus-hipofizer-testikular aksis, sperm üretimi ve hareketliliğinin normal olması gerekmektedir (23,24).

### İnfertilite İnsidansı

İnfertilite üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %15'ini ilgilendiren, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur (25). Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40- 49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2), ve Suriye (%2,9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zahire'de Mbelo'da 45- 49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur (26). Amerika'da sağlık bakımının uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu, yani her 6 çiftten birini ya da 4,8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler (27).

Ülkemizde 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15- 49 yaş arası evli kadın oranı %23 olup, bu da 11,3 milyon kadın olarak hesaplanmaktadır. İnfertilite insidansıda %8,5 olarak kabul edildiğinde 1,5 milyon kadın ve dolayısıyla çiftte karşılık gelip en az 3 milyon kadar insanımızı direkt etkilemektedir. Bu da çocuk özlemi olan büyük bir nüfus demektir. 1993 nüfus sayımı sonuçlarına göre ise hiç doğum yapmayıp doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9,5 olarak saptanmaktadır (27).

## İNFERTİLİTE NEDENLERİ VE TEDAVİ

Klinik olarak infertilite, fizyolojik ve patolojik infertilite olmak üzere iki şekilde görülmektedir. İnfertil çiftlerin; %40-55'inde infertilite nedeni kadında, %25- 40 erkekte, %10 her ikisinde, %10'unda ise neden açıklanamamaktadır.

Kadına bağlı infertilite nedenleri; %30- 40 ovulatuar disfonksiyon, %30- 40 tuba peritoneal faktör, %10- 15 nedeni açıklanamayan infertilite, %10-15'i ise birden çok faktörün bir arada olduğu bildirilmiştir (28,29).

Evli çiftlerin %15'inde infertilite varken, ancak %1-2'sinde sterilite saptanmıştır. Burada kadına ait nedenlerin belirgin bir yüksekliği söz konusudur. Çünkü ejekülasyondan sonra döllenme için erkeğin fonksiyonu bitmektedir. Oysa döllenme burada bitmeyip daha yeni başlamaktadır (27).

**Fizyolojik İnfertilite Nedenleri**

Fizyolojik infertilite nedenleri; infantil infertilite, gebelik infertilitesi, laktasyon infertilitesi, postmenapozal infertilite, siklik infertilite, voluter infertilite, rölatif ve sosyal infertilitedir.

**a) İnfantil İnfertilite:** Genellikle 12- 15 yaşlarında üreme fonksiyonu olmadığından, bu dönemde görülen infertilitedir.

**b) Gebelik İnfertilitesi:** Gebe olan kadın gebeliği sırasında ikinci defa gebe kalamaz.

**c) Laktasyon İnfertilitesi:** Bazı kadınlar emzirdiği sürece gebe kalmayabilir.

**d) Postmenapozal İnfertilite:** Overial fonksiyonların bitimi ile üreme durmaktadır.

**e) Siklik İnfertilite:** 28- 30 günlük normal siklusta, ovulasyon 14'üncü gün veya 15'inci günlerde olmaktadır. Ovulasyonu izleyen 8 saatten sonra her saatte fekundasyon şansı azalacak ve 24 saat içinde de ortadan kalkacaktır. Siklusun 10-17'inci günleri dışında kadın, fizyolojik olarak infertil durumdadır.

**f) Voluter İnfertilite:** Çiftlerin kendi arzusu ile çocuk sahibi olamama istekleri sonucu olan infertilitedir.

**g) Rölatif ve Sosyal İnfertilite:** Evli çiftlerin, evlendikten sonra hastalık, askerlik, tahsil, iş durumu vb durumlarda evlilik düzenli ve sağlıklı olmamaktadır. Bu koşullarda meydana gelen infertiliteye rölatif ve sosyal infertilite denir (7,30,31).

Fizyolojik infertilite dışında kalan tüm infertiliteler patolojik infertilitedir. Patolojik infertilite nedenlerini üç büyük grup altında toplamak mümkündür.

**Patolojik İnfertilite Nedenleri**

Patolojik infertilite nedenleri; Genel nedenler, ekstragenital nedenler, genital nedenlerdir.

**Genel nedenler:** Bilgisizlik, cinsel uyumsuzluk, aşırı şişmanlık, ilaç bağımlılığı, hipovitaminozlar, protein eksikliği, demir eksikliği anemisi, stres, aşırı alkol, kahve ve sigara alımı, radyasyon ve ağır metal zehirlenmeleri infertiliteyi etkiler (7,28).

**Ekstragenital nedenler:**

1) Hipofizer: Hipofiz fonksiyonlarının artması ya da azalması sekonder over yetmezliğine neden olur. Hipopituitarizm, kanamaya bağlı dolaşım kollapsı ve hipofiz nekrozu (Sheehan Sendromu), granülomlar, kistler, tümörler, galaktore, amenore sendromları, açlık ve anemi sonucu olabilirler (7,28,31).

2) Tiroid: Hipotiroidizim; anovulasyon, infertilite ve abortusla sonuçlanır. Hipertiroidizm; amenore yapacak derecede şiddetli olursa infertiliteye neden olur.

3) Adrenal: Adrenokortikal hiperfonksiyon (Cushing Hastalığı) ovulasyonu zayıflatır. Adrenal yetersizlik (Addison Hastalığı), gonodal atrofiye neden olur.

**Genital nedenler:**

**Kadına ait genital nedenler organlara göre nedenler (7, 27,31);**

1) Vulva ve Vajene Ait Nedenler
2) Servikse Ait Nedenler
3) Uterusa Ait Nedenler
4) Tuba Uterinalara Ait Nedenler
5) Over Hipotalamus ve Hipofize Ait Nedenler
6) Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenler
7) Psişik Nedenler

**Erkeğe ait genital nedenler:** Erkekte infertiliteye neden olan faktörler kadınlara göre daha azdır. Erkek infertilite faktörleri; anormal spermatogenez, anormal motilite, anatomik bozukluklar, endokrin bozukluklar ve seksüel disfonksiyonları içerir. Anatomik anormallikler muhtemelen konjenital vas deferens yokluğu, vas deferensin obstrüksiyonu ve ejakülatuar sistemin anormalliklerinden kaynaklanır.

Anormal spermatogenez, kabakulak orşiti, kromozomal anormallikler, kriptorşidizm, kimyasal ya da radyasyona maruz kalma ve varikosel nedeniyle gelişebilir (28).

Aşırı sıcağa maruz kalma, şiddetli alerjik reaksiyon, radyasyona ve çevresel toksinlere maruz kalma, yüksek miktarda uyuşturucu, alkol ve ilaç kullanımı sperm kalite ve sayısını önemli oranda etkiler (32).

Bazı infertilitelerde immun mekanizma rol oynayabilmektedir. İnfertil çiftlerin %72'sinde erkeklerde, %13'ünde kadınlarda antisperm antikorları bulunmuştur. Spermlere karşı gelişen tüm antikorların, aglütinasyona, immobilizasyona veya opsonizasyona sebep olarak kadın genital yollarında sperm motilitelerini azaltarak, spermin servikal mukus penetrasyonunu engelleyerek infertilitede rolü olabileceği ileri sürülmektedir (27,33).

**İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi**

İnfertil çiftlerin tetkik ve tedavileri birlikte yapılmalıdır. İnfertil çiftlerin başvurusunda anamnez, genel muayene ve laboratuar araştırmaları ve genital muayenelerin sonrasında 5 kardinal tetkik yapılır. Bu tetkikler menstrual siklusun belli günlerinde uygulanırlar ve birbirlerine göre hiçbirisinin diğerlerine önceliği yoktur (25,31,34,35).

1) Spermiogram
2) Ovulasyon tespiti
3) Histerosalfingografi
4) Postkoital test
5) Laparoskopi

**A) Anamnez:** Çiftler birlikte değerlendirilip iyi bir anamnez alınmalıdır. Anamnez çok önemlidir. İyi bir anamnezle yaklaşık %50 oranında tanıya gidilir. Bazen %100 tanıya gidildiği olur ve tetkiklerle tanı doğrulanır.

**Anamnezde alınması gerekli bilgiler;**

- Yaş ve evlilik süresi (35 yaş üzerinde ovaryen rezerv azalacağından prognoz iyi değildir) , İnfertilite süresi

- Daha önceden gebelik, düşük varsa sayısı, her hangi bir gebelik komplikasyonu, menstrual öykü (menarş yaşı, menstruasyon süresi, sıklığı, düzeni gibi)
- Önceki infertilite test ve tedavileri
- Özgeçmişte akciğer, kalp, böbrek gibi hastalık olup olmadığı (Çocuklukta geçirilen ateşli bir hastalık, sistemik, ürogenital bir hastalık olup olmadığı)
- Cinsel öykü (sıklığı, zamanı, vajinusmus, disparonia )
- Mesleki ve çevresel yaşam, kimyasal ya da radyasyon içeren maddeler, hobiler, iş alışkanlıkları (4,25,36).

**B) Genel muayene:** Kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile, konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve myom gibi) ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir. Seksüel kıllanmanın durumu veya hirsutismus olup olmadığının üzerinde durulmalıdır. Ayrıca göğüslerin gelişme durumu ve galaktorenin varlığı araştırılmalıdır (27,37). İnfertil bir erkek de uzman bir androlog ve ürolog tarafından muayene edilmelidir. Testislerin durumu, epididim ve duktus deferenslerin muayenesi yapılmalı ve varikosel olup olmadığı belirlenmelidir (31,37,38).

**C) Özel tetkikler:** Erkekte semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon tetkiklerini içerir. Kadında ovulasyon gününün belirlenmesi, postkoital testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histereskopi, laparoskopi ve endokrin testleri içerir (25).

**Erkeğe Yönelik Testler**

- Spermiogram
- Endokrin Testler
- Ultrasonografi
- Testiküler Biyopsi
- Sperm Penetrasyon Testi

**Kadına Yönelik Testler**

- Ovulasyon Tespiti
- Bazal Vücut Isısı
- Serum Progesteron Ölçümleri

- Endometrial Biyopsi
- Servikal Mukusun İncelenmesi
- Ultrasonografi
- Histerosalfingografi
- Laparoskopi

**İnfertilitenin Cerrahi Tedavisi**

Erkekte varikoselin tedavisi işlemi, erkek ya da kadında minimal invaziv yol ile obstrüksiyonların düzeltilmesi, myomektomi, histereskopi veya bazı anomalilerde metroplasti, intrauterin sineşi, septum veya poliplerin histereskopi ile giderilmesidir. Ayrıca tıbbi tedavi ile düzelmeyen endometriozis durumlarında ve aşırı derecede retrofleksiyon da laparatomi veya laparoskopi ile opere edilir (1, 4, 27).

Pelvik enflamatuar hastalığın (PID) neden olduğu tubal veya pelvik nedenler mikrocerrahi tekniklerle veya pelvik yapışıklıkların açılması için laparotomi yapılarak düzeltilebilir (37).

Koital faktörün düzeltilmesi; Psikoterapi, cinsel terapi, eşinin spermiyle suni inseminasyon uygulanır (1).

**YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ**

Yardımcı üreme teknikleri genel bir kavram olmakla birlikte birçok yöntemi içerir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) overden oosit alımını takiben uygulanan işlemlere verilen isimdir (9,39,40).

**İntrauterin İnseminasyon (Artifisiyal İnseminasyon, IUI)**

Koitus olmadan spermatozoaların genital traktusa konulmasına inseminasyon denir. Servikse konulursa; servikal inseminasyon, uterus kavitesine konulursa; intrauterin inseminasyon; periteonal kaviteye konulursa periteonal inseminasyon denir. Kadının eşinden alınan spermlerle yapılan inseminasyona homolog inseminasyon, başka bir erkekten alınan spermler ile yapılan inseminasyona ise donör inseminasyon denir. Ülkemizde yasalara göre donör inseminasyon (DI) yoktur. İntrauerin inseminasyon (IUI) da başarı oranı %10-15'dir (25,41).

### İnvitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transferi (IVF-ET)

Laparoskopi veya transservikal ultrason yardımı ile yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşan oosit, overlerden aspire edilir. Erkekten alınan spermatozoidlerle birlikte laboratuarda doku kültürüne konur. Fertilizasyon gerçekleştikten sonra ovum morula safhasında (4-16 hücre evresi) embriyo uterus içerisine yerleştirilir (1,13,25,38,42). Transfer için en uygun dönem inseminasyondan sonraki 48-72. saatler arasıdır (2).

### Gamet İntraFallopian Transfer (GIFT)

Gamet İntraFallopian Transfer yönteminde temel prensip, kontrollü hipersitümülasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır. GIFT uygulanabilmesi için, geçirgenliği histerosalpingografi ile saptanmış en az bir tubanın açık olması gerekli ve yeterlidir. GIFT'de başarı oranı %20-30'dur (3,25,41,43).

Gamet İntra Fallopian Transferin IVF yöntemine göre avantajı; yöntemin laparoskopi altında uygulanması nedeni ile iki günlük laboratuar inkübasyon süresi ve embriyonun uterin kavite içerisine yerleştirilmesi aşamalarının elimine edilmiş olmasıdır. Yöntemin dezavantajı ise; bireyin anestezi alması ve laboratuar ekibinin yöntemin uygulanması sırasında hızlı çalışmak zorunda kalmalarıdır (27,41).

### İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (Mikroenjeksiyon, ICSI)

Bir spermin mikro pipet yardımıyla, oosit sitoplazmasına yerleştirilmesidir. ICSI yalnızca sperm sayısı çok düşük olan olgularda değil ayrıca zona pellucida ve vitellin membran seviyesindeki gamet etkileşimi bozukluklarında da kullanılabilir. Ayrıca kalitatif, fonksiyonel sperm bozukluklarında ve idiopatik infertilite olgularında da ICSI başarılı olarak kullanılmaktadır (25,27,44).

### Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)

Oosit ve sperm in vitro olarak döllendikten sonra zigotun laparoskopi yoluyla tuba ampullasına verilmesidir (25). Günümüzde uygulanmamaktadır.

## YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE ETİK

Tıp teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde insanlar, bu kötü kaderi değiştirme imkanına sahip olmuşlardır. Her iyi içinde kötüyü de barındırdığı gibi, YÜT de dinsel, hukuksal ve etik sorunları beraberinde getirmiştir. YÜT'e karşı ana muhalefet hattını, dinsel

geleneklerin temsilcileri oluşturmaktadır. Toplumsal görüşün oluşumunda önemli bir yer tutan inanç ve kabul sistemi, dinsel geleneklerden kaynaklanmaktadır (45).

Yardımcı üreme tekniği etiği ve bilimsel yönleri üzerinde teologların ve dini düşünürlerin yoğunlaşması birbiriyle örtüşen dört dönemde değerlendirilebilir. İlk dönem, 1960 'lı yılların ortalarını kapsar. İlk tartışmalar üreme kontrolü, alternatif YÜT ve klonlamaya esas oluşturan seçilmiş genotipler sayesinde gen havuzunun defektli genlerden temizlenmesini düşünen genetikçilerin ve biologların savunmasını oluşturmaktadır (46,47). Bu dönemde tartışmaya katılan Protestan Josef Fletcher insan otonomisinin ve insan üremesinin üzerindeki kontrolün artmasını savunmuştur. Fletcher yapay üreme teknolojisinin seksüel üremenin 'genetik ruletine' göre tercih edilebilir görmüştür. Laboratuvar üremesi; istenmiş, seçilmiş, planlanmış olduğundan 'radikal şekilde insan' olarak değerlendirilmiştir. Yine bir Protestan olan Paul Ramsey YÜT'ni 'sınır' olarak irdelemekte, risk altında insanlık ve yaratılış arasında seçilmesi gereken bir durum olarak değerlendirmektedir. Ramsey YÜT'nde üç horizantal (insan-insan) ve iki vertikal (insan-tanrı) sınır öngörmüş ve bunların geçildiği nokta olarak tanımlamıştır.

1. YÜT ile üreme; kontrol altına alınmış (veya alınmaya çalışılmış) gen havuzunu gerektirmektedir.

2. YÜT; doğmamış bebekler üzerinde tedavi amacı gütmeyen araştırmaları içerecektir.

3. YÜT; ebeveyn kavramını etkileyecek 'yaratılış'ı 'üreme'ye çevirecektir, bu da seksüel ilişki sonucunun birleştirici ve yaratıcı yönlerine zarar verecektir (46,48).

Aşılan vertikal sınırlar ise;

1. Yardımcı üreme; sonsuz kibirin günahını taşımaktadır.

2. Yardımcı üreme; yaratma fiiline ortak olarak 'tanrılaşma'ya çalışmaktır. İkinci dönem 1978' de iki önemli olayla başlamıştır. İlki in vitro fertilizasyon ürünü bebek Louise Brown ve David Rorvik'in kitabı 'O'nun görüntüsünde'nin yayınlanması (46,47).

Yardımcı üreme teknolojisinin etik yönden savunmasının temelini, kişinin üreme hakkını kullanması oluşturmaktadır. Kişi nasıl bu hakkı doğum kontrolü için kullanıyorsa, çocuk yapma hakkı için de kullanabilir. Üreme hakkı kişinin sadece 'çocuk' sahibi olma değil, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını da içerir. Kişide aktarabileceği genetik hastalık mevcutsa, bu aktarımı önlemeye yönelik çabalar, etik ve hukuksal olarak kabul edilebilir bir durumdur (31).

Yardımcı üreme teknolojisi gelişmeden önce sıklıkla uygulanan evlat edinme infertil kişilerin sorununun bir çözümü olarak görülse de özellikle Müslüman ve Yahudi toplumlarında kan bağı ve nesebin önemi göz önüne alındığında yetersiz kalmakta ve

ebeveynlerde ve çocuklarda psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Anadolu'da evlat edinme kan bağı ve nesebin önemi gözetilerek aile içinde yeğenlerin evlat edinilmesi seklinde bir çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Evlat edinme; YÜT'nin sağlayabileceği biyolojik bağı ve bir çocuğa sahip olmanın vereceği heyecanı sağlayamayacağından tercih edilmeyen bir seçenek olarak kalmaktadır. İslamiyette bazı ekoller evlat edinmeyi men ederek, kişinin babasından başkasına nisbet edilmesini yasaklamıştır (28).

Yardımcı üreme teknolojisinin getirdiği sorunlardan biri de çocuğunun gerçek ebeveyninin kim olduğudur. Üçüncü şahısların genetik materyali kullanılmadıkça, anne ve baba kavramlarında bir karışıklık görülmemektedir. Bu nedenle dinsel gelenekler ve çoğu ülkenin hukukunda YÜT'nin uygulanmasında üçüncü şahısların genetik materyalinin kullanımı hoş görülmemektedir (48).

Dinsel gelenekler aile kurumunu ve aşkın kutsallığını vurgulamışlardır. Aşkın birleştiriciliği ve yaratıcı özelliği kendini bir bebeğin doğumunda gösterir. Bu çocuğun bakılması ve büyütülmesi kutsanmış olan aile kurumuna aittir. Ailenin yapısını sarsacak her olgu çocuğun kişiliğinin gelişmesini de etkileyecektir. YÜT ile aile içi ahlaki ve dinsel roller etkileneceğinden ailenin temel yapısı da etkilenecektir. Ülkemizde yürürlükte olan YÜT ile ilgili yönetmelik, sadece evli çiftlere bu konuda hizmet edilmesi kuralını getirmiştir (49).

Bazı ülkeler ve bölgeler sperm ve oosit bağışını yasal olarak kabul etmiştir. Sperm bankalarından sağlanan sperm ile uygulanan yapay döllenmeye Artificial İnsemination Donör "AİD" adı verilmektedir. Bu durumda vericinin ismi gizli tutulmaktadır. Bu teknik ile gebelik sonrası doğan çocuğun babası kim olacaktır? Bu çocuğu eş ne kadar benimseyebilecek ona ne kadar sevgi gösterebilecektir? Eşler anlaşamayıp boşanırsa baba konumundaki eş çocuğu reddedebilir mi? (8).

Yardımcı üreme teknolojisi uygulandığında cinsel ilişkinin mekanikleşmesi söz konusu olabilir. Çift, tedaviyi salt tıbbi girişim gibi değil de performans yetersizliğine karşı bir yöntem gözüyle bakabilir ve bu da suçluluk hisleri, bilinçaltı suçlamalar ve sorumlu eşte ciddi ego travmalarına yol açabilir (4).

Üçüncü şahıştan alınan materyalle YÜT yardımı ile dünyaya gelen ve birbirinden habersiz iki kardeşin evlenmeside imkan dahilinde olur ki bu da nesiller için büyük tehlikeler yaratır. Annelik kadının hayatında temel olgulardan biridir.Yaşanmadığında hayat eksik olarak kabul edilir. Günümüzde geleneksel annelik tanımı olan 'kan bağı ve çocuğu doğurma' tanımı tartışılır hale gelmiş, 'sevgi ile bağlanma' genetik annelik de aynı oranda öneme sahip olmuştur (6).

Birçok kimseye göre hayat yumurtacığın döllenmesiyle başlar. Ne kadar erken safhada olursa olsun embriyo bir insan yavrusudur. Onu cansız bir madde gibi buz dolabına koymak, üzerinde deneyler yapmak ve sonunda çöp sepetine atmak ne ahlak kurallarına ne de inançlara uygundur (43,50).

Yeni üreme teknolojisi hususunda Oxford'lu bilim adamı Prof.Dr. Warnaek endişelerini şöyle yansıtmıştır; Toplumların yaşayanlarına ve ölülerine olan muamelelerine, bağlılık ve vefaya, namus anlayışına, cinsel hayatlarına ait bazı kuralları ve sınırları vardır. Bu sınırlar ve kurallar toplumdan topluma değişebileceği gibi aynı toplumda zaman süreci içinde de değişebilir. Ancak, eğer bir toplum bu hususstaki prensiplerini tamamen kaybederse bu durum o toplum için ahlak'ın sorunu demektir. Bu nedenle kanun adamları, filozoflar, bilginler yeni gelişmelere sınır getirmektedirler (51).

İn Vitro Fertilizasyon tekniklerinin gelişimi ile beraber, sperm bankalarının kurulması, sperm ticaretinin başlaması, dondurulmuş embriyoların fazlasının ne olacağı, kiralık annelik gibi sorunları da beraberinde gelmiştir. Yumurta hücresi satan, sperm hücresi ticareti yapan şirketler, ümitsizce ceninin cinsiyetine etki etme girişimleri, neseplerde büyük kargaşa, özürlü doğan, cinsel hastalıklı olarak dünyaya gelen çocuklar gibi sonuçları da beraberinde doğurmaktadır (52).

Sorunların ülkemizde çıkmasını engellemek amacıyla ülkemizde 21.08.1987 tarihinde yayınlanan 'in vitro fertilizasyon ve embriyo transferi merkezleri yönetmeliği YÜT yardımıyla bebek sahibi olabilmenin şartlarını düzenlemiştir. Yönetmelik, YÜT'ne ancak normal yollarla ve bilinen tedavi yöntemleri ile gebe kalamayan evli kadınlarda izin vermektedir. Yönetmeliğin getirdiği diğer bir sınırlama ile de, annenin yumurtalarının ancak kocanın spermleri ile rahim dışında döllendirilmesine ya da rahim dışında embriyo haline getirildikten sonra ananın rahmine yerleştirilmesine imkan tanımıştır. Bu uygulamanın yapılabilmesi için belli bir yaş sınırı belirlenmiştir. 40 yaşın üzerinde bir kadının bu yöntemlerden herhangi biriyle çocuk sahibi olması mümkün değildir (53).

İn Vitro Fertilizasyon ile ortaya çıkan yasal ve ahlaki yönden en çelişkili konu döllenmiş yumurtanın durumudur. Yumurtanın toplanması oosyte pick up (OPU) işlemiyle gerçekleşir. Tüpte döllenen ve hücresel bölünmenin başarılma şansı birden fazla yumurtanın alınması ve birden fazla dölleme yapılmasıyla istatistiksel olarak artmaktadır. Tıbbi indüksiyon tekniğiyle daha fazla yumurta oluşumu sağlanarak birkaç yumurtanın alınıp döllenmesi sağlanır. Uygulamada yeniden yerleştirme işlemi esnasında, birden fazla döllenmiş yumurta annenin döl yatağına aktarılmakta ve bu nedenle çoğul gebelik riski artmaktadır. Bu işlemler esnasında bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. İlk sorun ahlaki bir

dayanak gerektirmesine rağmen bu işlemin yasal yönüdür. Avrupa Birliği 1997 Oviedo İnsan Hakları Konvensiyonu ile in vitro embriyolar korumaya alınmaktadır. Buna göre araştırma amacıyla insan embriyosu üretmek yasaktır (54).

Organ vericilerinin aksine, gamet vericileri gerçekte yumurta veya sperm dölleme amacıyla kullanıldığında yaşam olasılığı vermektedir. Döllenmiş insan yumurtasında olduğu gibi gamet hücrelerini kullanma hakkını kazanılmış bir hak olarak kabul etmek yasaya uygun değildir. Ahlaki, dini ve sosyal bakımlardan döllemede kullanılan gamet bağışı sıradan bir hücre bağışı olarak düşünülmemelidir (55).

Dinsel görüş ve inanlar toplumun ahlaki temellerini oluşturur. Dünya üzerindeki hemen hemen tüm toplumlarda sosyal normların oluşmasında o toplumun dinsel görüş ve inançları önemli rol oynar. Sosyal normlar hayatın nasıl yaşanması gerektiğine dair temel felsefik bir çerçeve çizer. YÜT'e karşı temel direnç din adamlarından ve düşünürlerden gelmektedir. Bunun nedeni yardımcı üreme teknolojilerinin süregelen sosyal normları ve kabulleri yıkmasıdır (3,9).

Tüp bebekte buzdolabında kalan embriyolar bilim adamları için ideal araştırma malzemesi olmuştur. Bilimin birçok karanlık noktalarını gün ışığına çıkarmak için imkan doğurmuştur. Böylece insan embriyosunun metabolizmasını incelemek, hangi maddelerin yararlı hangi maddelerin zararlı olduğunu öğrenmek mümkün olacaktır (56). YÜT'ni sınırlayan bir başka olgu da toplumsal yarar yerine bireysel yararın öncelikli olmasıdır. Bireysel yararın ön planda tutulması genetik ayrımcılığı engellemeye yönelik bir çabadır (48,53).

Tıptaki her sorunu hayvan deneyleriyle çözüme ulaştırmak ve netleştirmek mümkün değildir. Hayvanlarda zararsız bulunan Talidomide 1960'lı yıllarda insanlarda kullanılmış ve binlerce kolsuz bacaksız insanın doğmasına neden olmuştur (53). Embriyo hukuksal olarak tam bir şahsiyet olarak kabul edilmemekle beraber, hürmetle muamele görmelidir. Cansız bir cisim, bir eşya parçası gibi değil, bir insan yavrusu gibi davranılmalıdır. Aksi halde bu durum yavaş yavaş insanları yeni doğanlarına, komadaki hastalarına, yaşlılara karşı tutumlarını değiştirmelerine ve saygılarını kaybetmelerine yol açabilir. Embriyoya tam bir insanmış gibi bakmakta hatalıdır. Üstelik, embriyolar üzerinde yapılacak araştırmaların insanlığa çok büyük katkılarının olacağı unutulmamalıdır. Bu sebepten bundan vazgeçmek te olmaz. Teknolojiler ilerlerken töreler sürekli aynı yerde kalmaz. Onların değişmesi de beklenebilir bir durumdur (45).

"Tanrıyı oynamak" bu slogan tıbbi gelişmelerin eleştirisinde en çok ve en sık dile getirilen slogandır. Bu slogan ile dile getirilen kaygılar çok çeşitlidir. İnsanların yaşamın

gizemlerini araştırmaması gerektiği düşünülmektedir. Bu gizemlerin bilimsel olarak açıklanması; insanlarda açıklanamayan gizemlerin sadece din dogmaları ile açıklandığı "boşlukları dolduran Tanrı" kavramını içeren bir teoloji düşüncesinin oluşmasına yol açabilir (57).

Embriyolarda cinsiyet tayini yapmakla seksle ilgili hastalıkların önlenmesi, kromozom tetkiki yapmakla mongol bebeklerin teşekkülü önlenebilirdi. Embriyonun yetişme safhasında pyruvate denilen maddenin azalmasıyla metabolizmanın iyileştiği saptanmıştır. Aynı tecrübelerle spermanın penetrasyon delme kabiliyeti çoğaltılarak bugün cm^3 de 2 milyondan az sperması bulunan oligospermi vakalarını fertil yapma imkanı sağlanmıştır (48). Bütün bu deneylerde kullanılan embriyolar sonun da çöp sepetine gitmektedir. Bu durum büyük itirazlara neden olmaktadır. Birçok kimseye göre hayat yumurtacığın döllenmesi ile başlar. Ne kadar erken safhada olursa olsun embriyo insan yavrusudur (57). IVF tehlikeli bazı gelişmelere yol açabilir bu gelişmeler ekonomik, estetik ve politik olabilir. Örneğin; üstün ırk yaratma girişimleri (53).

Yeni tekniklerin sonraki kuşaklar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu diğer türler üzerindeki çalışmalar ile araştırılarak, klinik çalışmalarda sınırlı kullanım gibi araştırılarak incelenmektedir. İnsan embriyosunun 8 hücreli ve blastokist evresinde yapılan kromozomal testler yeni tekniklerin ters etkilerinin değerlendirilmesinde, yeni bir teknik sağlamaktadır. Bu yeni tekniğin yapay olmasının savunmasında tüm medikal tedavilerin yapay olduğu ve doğanın hatalarını düzeltmeyi hedeflediği vurgulanmaktadır (53).

# GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezinde Etik kurul onayı (Ek-1) alındıktan sonra, Fertil ve infertil ailelerin oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip bu tekniğin yasal, etik, sosyal ve dini yönlerinin farkında olup olmadıklarını anlamak ve ayrıca kimlerden bağış kabul edip kimlere verebileceklerini anlamak için gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya yaşları 18-45 arasında, gönüllü olur formunu (Ek-2) imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, 45 yaş altı için menopoza girmemiş bayanlar dahil edildi. Çalışmaya katılan olgular fertil ve infertil olmak üzere 133 olgudan oluşan 2 gruba ayrıldı. Fertil Grup; hiçbir tedavi almadan spontan olarak en az bir tane yaşayan çocuk sahibi olanlardan, İnfertil Grup ise primer infertilite tanısı almış ve mevcut durumda tedaviye başlanmamış olgulardan oluşturuldu. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve iletişimi engelleyecek problemi olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılan olgulara, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği ve Tüp Bebek Merkezinde, olguların demografik özelliklerini, fertilite durumlarını ve oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan 34 sorudan oluşan anket (Ek-3) uygulandı. Anket sonuçları bilgisayar ortamına aktarılıp, istatistiksel analizleri gerçekleştirildi.

## VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanılmıştır (seri no: 10240642). Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya ortanca (Medyan) (minimum-maksimum) olarak kategorik değişkenler ise frekans ve (%) şeklinde gösterildi.

Analizler sonucu "Demografik Veriler" için; kategorik değişkenlerde frekans ve (%) şeklinde, sürekli değişkenlerde ise ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde veriler verildi. Normal dağılıma uygunsuzluğu tespit edilen kategorik değişkenler ile laboratuvar ölçümleri sonucu elde edilen sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında ise non parametrik testlerden Mann Whitney U testi kullanılarak gerçekleştirildi. Kategorik değişkenler arası kıyaslamalarda ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı.

İstatistiki anlamlılık düzeyi olarak $p = <0,05$ kabul edildi.

# BULGULAR

Çalışmaya toplam 266 katılımcı alınmış olup, bu katılımcılardan 133 kişi (%50) "Fertil", 133 kişi (%50) "İnfertil" katılımcılardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcıların demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalamalarına bakılacak olursa; "Fertil" dönemdeki hastalarda yaş ortalaması 34,62±6,58 olup; medyan yaş 36, minimum yaş 19, maksimum yaş ise 44 olarak görülmektedir. Buna karşılık "İnfertil" dönemdeki hastalarda yaş ortalaması ise 33,65±5,41 olup; medyan yaş 35, minimum yaş 21, maksimum yaş ise 24 olarak görülmektedir.

Katılımcılardaki eğitim durumları ise şu şekildedir; Fertil gruptaki katılımcılarda ilköğretim mezunu 26 kişi (%19,5), lise mezunu 33 kişi (%24,8), yükseköğretim mezunu 74 kişi (%55,6) dır. İnfertil gruptaki katılımcılarda ise ilköğretim mezunu 16 kişi (%12), lise mezunu 35 kişi (%26,3), yükseköğretim mezunu 82 kişi (%61,7) olarak görülmektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların evlilik yılı ortalamalarına bakılacak olursa; "Fertil" dönemdeki hastalarda evlilik yılı ortalaması 6±3,27 olup; medyan evlilik yılı 5, minimum evlilik yılı 2, maksimum evlilik yılı ise 22 olarak görülmektedir. Buna karşılık "İnfertil" dönemdeki hastalarda evlilik yılı ortalaması ise 6,54±3,62 olup; medyan evlilik yılı 6, minimum evlilik yılı 2, maksimum evlilik yılı ise 20 olarak görülmektedir.

**Tablo 1. Demografik veriler**

| | FERTİL | İNFERTİL |
|---|---|---|
| **Kişi Sayısı (n)** | **133** | **133** |
| **Yaş (ort±ss)** | 34,62±6,58) | 33,65±5,41 |
| **(medyan-min-max)** | (36- 19-44) | (35-21-44) |
| **Eğitim Durumu (f/%)** | | |
| İlköğretim | 26 (19,5) | 16 (12) |
| Lise | 33 (24,8) | 35 (26,3) |
| Yükseköğretim | 74 (55,6) | 82 (61,7) |
| **Evlilik Yılı (ort±ss)** | 6 ±3,27 | 6,54±3,62 |
| **(medyan-min-max)** | (5- 2-22) | (6-2-20) |

Fertilite durumuna göre Yaş açısından fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Test sonucuna göre $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde, yaş ile fertilite durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (p=0,044). Buna göre Fertil grup yaş ortalamaları daha yüksektir.

Fertilite durumuna göre Evlilik süresi açısından fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Test sonucuna göre $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde, evlilik süresi ile fertilite durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,066).

**Tablo 2. Gruplar arası farkların ortalamaları**

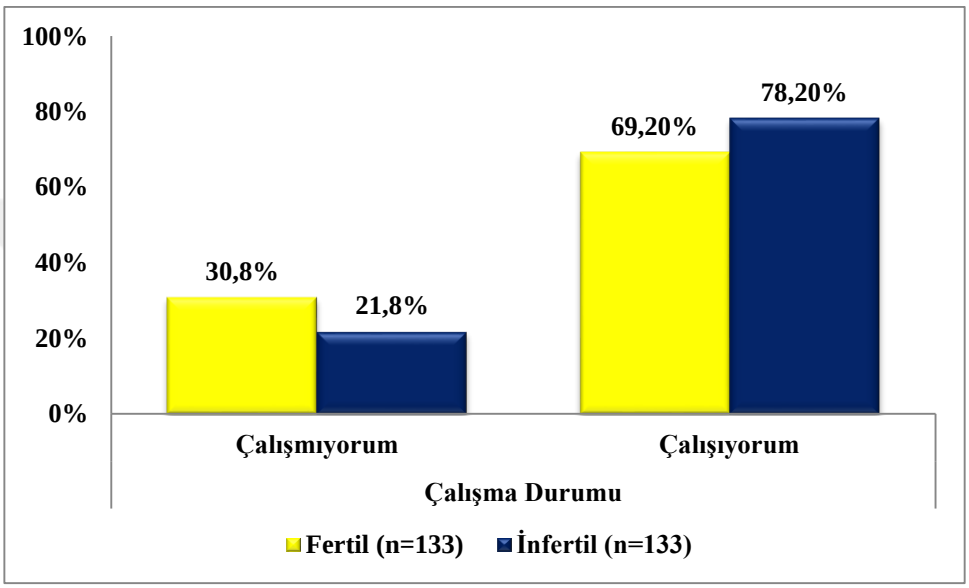
| | GRUP | n | Sıra ortalaması | Sıra Toplamı | U | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | Fertil | 133 | 142,98 | 19017 | 7583 | **0,044** |
| | İnfertil | 133 | 124,02 | 16494 | | |
| | | | | | | |
| **Evlilik Süresi** | Fertil | 133 | 124,93 | 16615,5 | 7704 | **0,066** |
| | İnfertil | 133 | 142,07 | 18895,5 | | |

Fertilite durumuna göre Eğitim durumu açısından fark olup olmadığı Pearson Ki-kare testi ile karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Test sonucuna göre p<0,05 anlamlılık düzeyinde, eğitim durumu ile fertilite durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,241).

"Çalışma Durumu" ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında p<0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,095) (Tablo 3).

**Tablo 3. Grupların çalışma durumlarına göre dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | $X^2$ | Sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Çalışma Durumu* | **Çalışmıyorum** | 41<br>30,8% | 29<br>21,8% | 70<br>26,3% | 2.792 | 1 | 0.095 |
| | **Çalışıyorum** | 92<br>69,2% | 104<br>78,2% | 196<br>73,7% | | | |
| **TOPLAM** | | **133<br>%100** | **133<br>%100** | **266<br>%100** | | | |

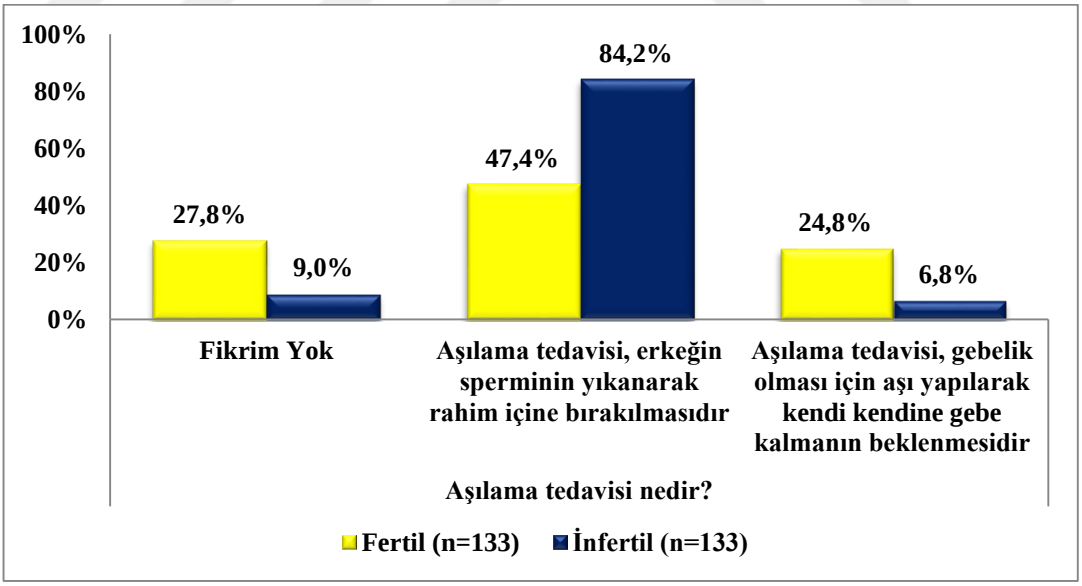



**Şekil 1. Grupların çalışma durumlarına göre dağılımı**

"Aşılama tedavisi" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4). Analiz sonrası yapılan ikili ki-kare testleri sonucuna göre, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan infertil hastalar fertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Aşılama tedavisi, erkeğin sperminin yıkanarak rahim içine bırakılmasıdır " cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 4. Grupların "Aşılama tedavisi nedir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | X² | sd | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Aşılama tedavisi* | **Fikrim Yok** | 37<br>27,8% | 12<br>9% | 49<br>18,4% | 40.189 | 1 | **<0,001** |
| | **Aşılama tedavisi, erkeğin sperminin yıkanarak rahim içine bırakılmasıdır** | 63<br>47,4% | 112<br>84,2% | 175<br>65,8% | | | |
| | **Aşılama tedavisi, gebelik olması için aşı yapılarak kendi kendine gebe kalmanın beklenmesidir** | 33<br>24,8% | 9<br>6,8% | 42<br>15,8% | | | |
| **TOPLAM** | | **133<br>%100** | **133<br>%100** | **266<br>%100** | | | |



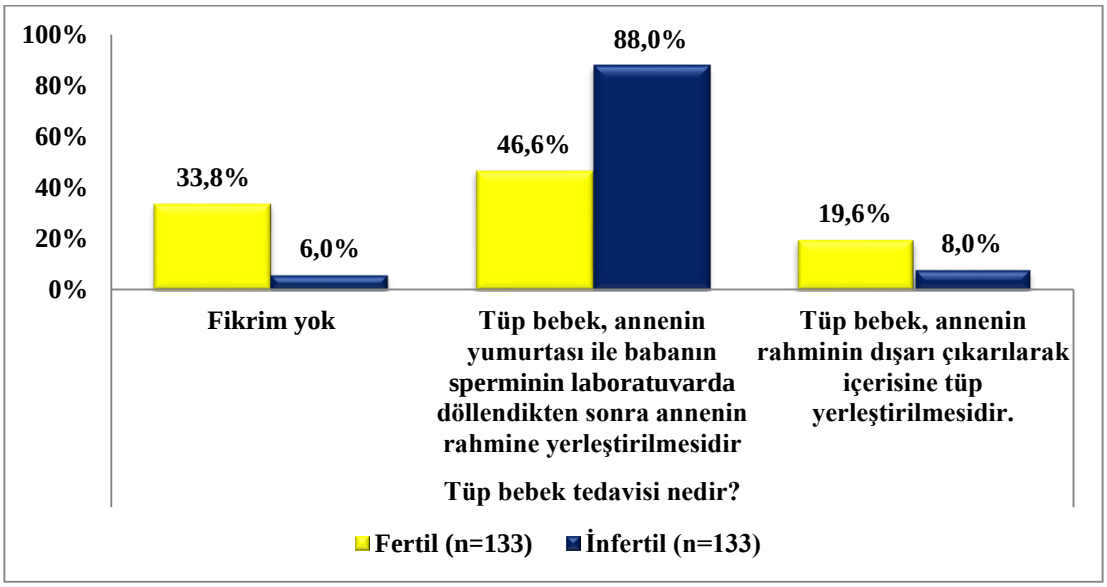

**Şekil 2. Grupların "Aşılama tedavisi nedir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Tüp bebek tedavisi nedir?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

(p<0,001) (Tablo 5). Analiz sonrası yapılan ikili ki-kare testleri sonucuna göre, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan infertil hastalar fertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Tüp bebek, annenin yumurtası ile babanın sperminin laboratuvarda döllendikten sonra annenin rahmine yerleştirilmesidir " cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 5. Grupların "Tüp bebek tedavisi nedir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | X² | Sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Tüp bebek tedavisi nedir?* | **Fikrim yok** | 45<br>33,8% | 8<br>6% | 53<br>19,9% | 52.529 | 1 | **<0,001** |
| | **Tüp bebek, annenin yumurtası ile babanın sperminin laboratuvarda döllendikten sonra annenin rahmine yerleştirilmesidir** | 62<br>46,6% | 117<br>88% | 179<br>67,3% | | | |
| | **Tüp bebek, annenin rahminin dışarı çıkarılarak içerisine tüp yerleştirilmesidir.** | 26<br>19,6% | 8<br>6% | 34<br>12,8% | | | |
| **TOPLAM** | | **133<br>%100** | **133<br>%100** | **266<br>%100** | | | |

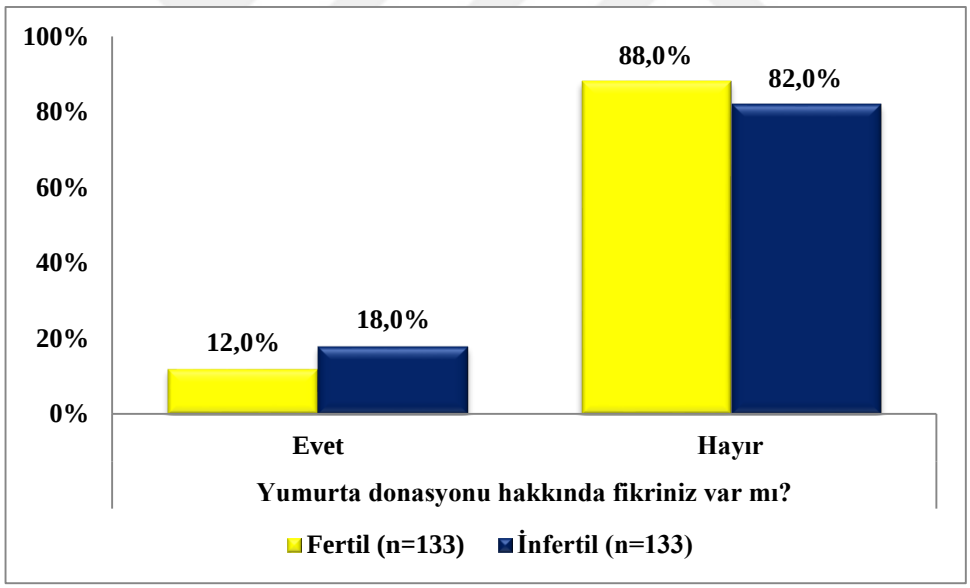



**Şekil 3. Grupların "Tüp bebek tedavisi nedir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Yumurta donasyonu hakkında fikriniz var mı?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve **Ki-Kare Testi** sonucuna göre; bu iki değişken arasında p<0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.170) (Tablo 6).

Tablo 6. Grupların "Yumurta donasyonu hakkında fikriniz var mı?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

| **GRUPLAR** | | **FERTİL** | **İNFERTİL** | **TOPLAM** | **X²** | **Sd** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Yumurta donasyonu hakkında fikriniz var mı?* | **Evet** | 16<br>12% | 24<br>18% | 40<br>15,0% | 1.883 | 1 | 0.170 |
| | **Hayır** | 117<br>88% | 109<br>82% | 226<br>85,0% | | | |
| **TOPLAM** | | **133<br>%100** | **133<br>%100** | **266<br>%100** | | | |

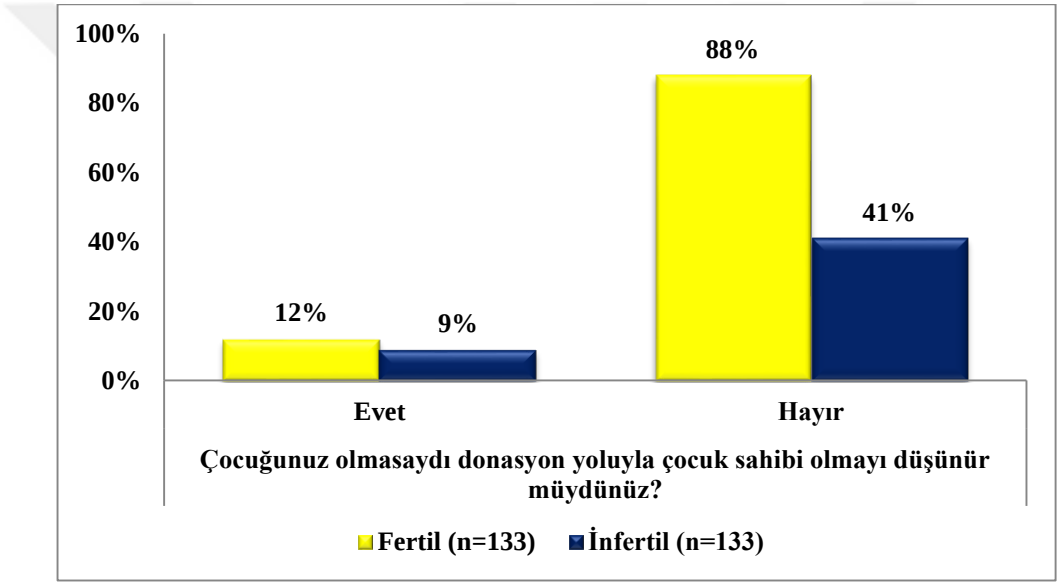



**Şekil 4. Grupların "Yumurta donasyonu hakkında fikriniz var mı?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Çocuğunuz Olmasaydı Donasyon Yoluyla Çocuk Sahibi Olmayı Düşünür müydünüz?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve **Ki-Kare Testi** sonucuna göre; bu iki değişken arasında p<0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,111) (Tablo 7).

**Tablo 7. Grupların "Çocuğunuz Olmasaydı Donasyon Yoluyla Çocuk Sahibi Olmayı Düşünür müydünüz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | $X^2$ | Sd | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Çocuğunuz Olmasaydı Donasyon Yoluyla Çocuk Sahibi Olmayı Düşünür müydünüz? | **EVET** | 16<br>12% | 24<br>18% | **40**<br>**15,0%** | 2.542 | 2 | 0.111 |
| | **HAYIR** | 117<br>88% | 109<br>82% | **226**<br>**85,0%** | | | |
| **TOPLAM** | | **133**<br>**%100** | **133**<br>**%100** | **266**<br>**%100** | | | |

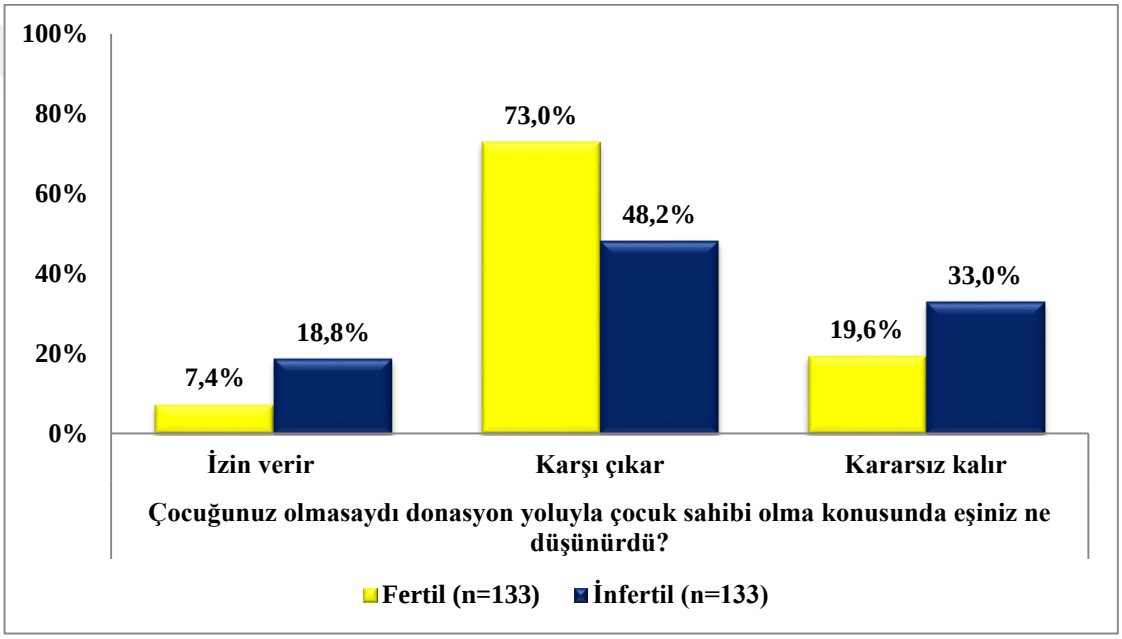



**Şekil 5. Grupların "Çocuğunuz olmasaydı donasyon yoluyla çocuk sahibi olmayı düşünür müydünüz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Çocuğunuz olmasaydı donasyon yoluyla çocuk sahibi olma konusunda eşiniz ne düşünürdü?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 8). Analiz sonrası yapılan ikili ki-kare testleri sonucuna göre, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan infertil hastalar fertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Karşı çıkar" cevabını daha az vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 8. Grupların "Çocuğunuz olmasaydı donasyon yoluyla çocuk sahibi olma konusunda eşiniz ne düşünürdü ?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | X² | Sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Çocuğunuz olmasaydı donasyon yoluyla çocuk sahibi olma konusunda eşiniz ne düşünürdü? | **İzin verir** | 10<br>7,6% | 25<br>18,8% | 35<br>13,2% | 17.821 | 2 | **<0,001** |
| | **Karşı çıkar** | 97<br>72,8% | 64<br>48,2% | 161<br>60,5% | | | |
| | **Karar kalır** | 26<br>19,6% | 44<br>33% | 70<br>26,3% | | | |
| **TOPLAM** | | **133<br>%100** | **133<br>%100** | **266<br>%100** | | | |

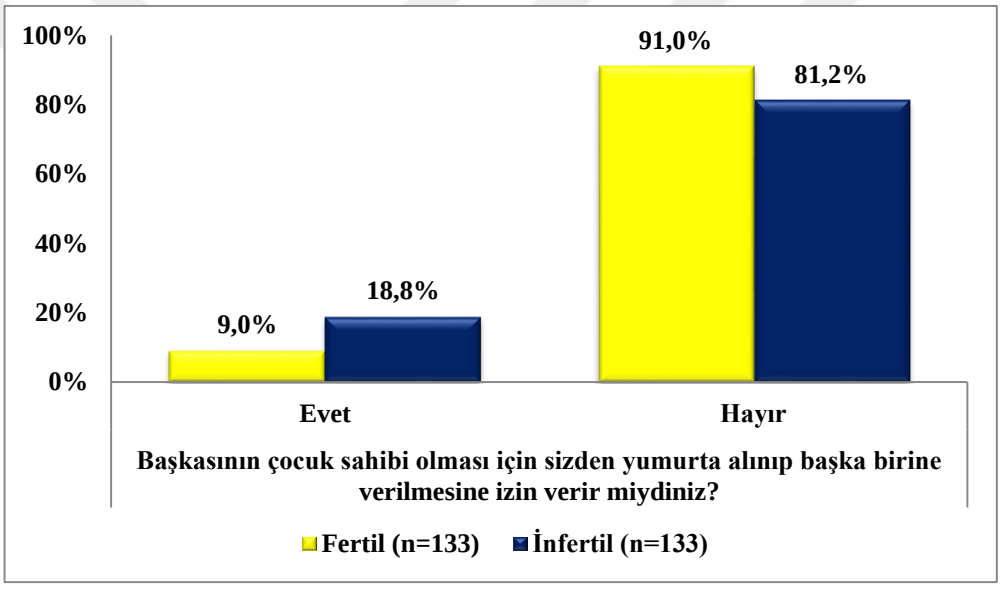



**Şekil 6. Grupların "Çocuğunuz Olmasaydı Donasyon Yoluyla Çocuk Sahibi Olma konusunda Eşiniz Ne Düşünürdü" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.021$) (Tablo 9). Sonuç olarak, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan infertil hastalar fertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Evet" cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 9. Grupların "Başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | $X^2$ | Sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz? | **EVET** | 12<br>9% | 25<br>18,8% | **37**<br>**13,9%** | 5.306 | 1 | **0.021** |
| | **HAYIR** | 121<br>91% | 108<br>81,2% | **229**<br>**86,1%** | | | |
| **TOPLAM** | | **133**<br>**%100** | **133**<br>**%100** | **266**<br>**%100** | | | |

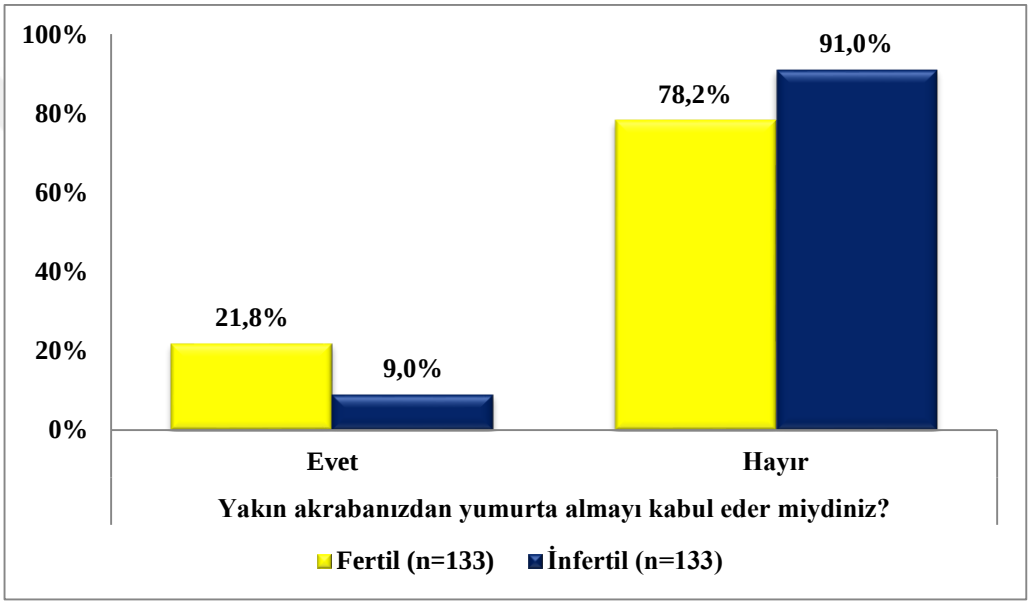



**Şekil 7. Grupların "Başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.004$) (Tablo 10). Sonuç olarak, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan infertil hastalar fertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Hayır " cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 10. Grupların "Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | X² | sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz? | **EVET** | 29<br>21,8% | 12<br>9% | **41**<br>**15,4%** | 8.333 | 1 | **0.004** |
| | **HAYIR** | 104<br>78,2% | 121<br>91% | **225**<br>**84,6%** | | | |
| **TOPLAM** | | **133**<br>**%100** | **133**<br>**%100** | **266**<br>**%100** | | | |

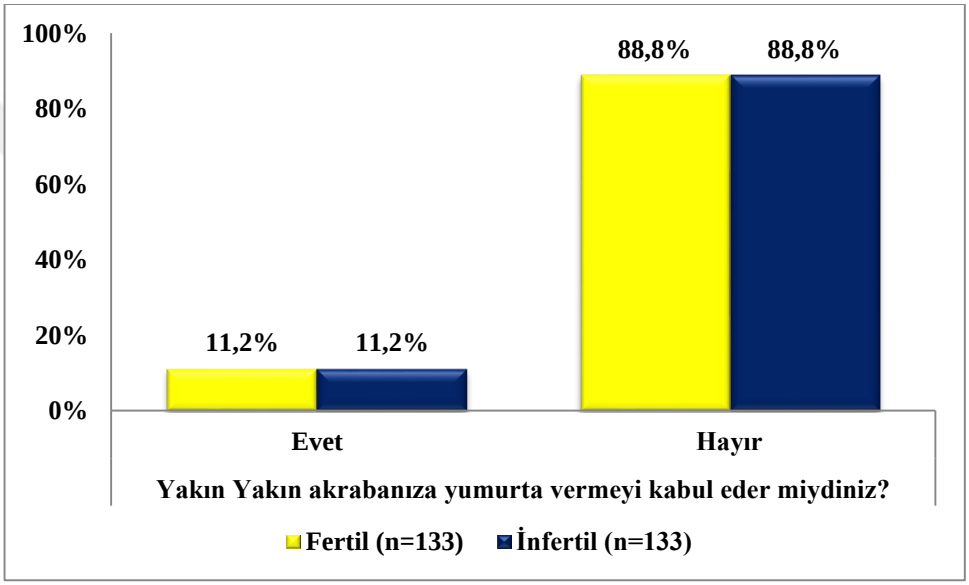



**Şekil 8. Grupların "Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Yakın akrabanıza yumurta vermeyi kabul eder miydiniz?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p=1.000$) (Tablo 11).

**Tablo 11. Grupların "Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | $X^2$ | sd | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yakın akrabanıza yumurta vermeyi kabul eder miydiniz? | **EVET** | 15<br>11,2% | 15<br>11,2% | **30**<br>**11,3%** | <0,001 | 1 | 1.000 |
| | **HAYIR** | 118<br>88,8% | 118<br>88,8% | **236**<br>**88,7%** | | | |
| **TOPLAM** | | **133**<br>**%100** | **133**<br>**%100** | **266**<br>**%100** | | | |

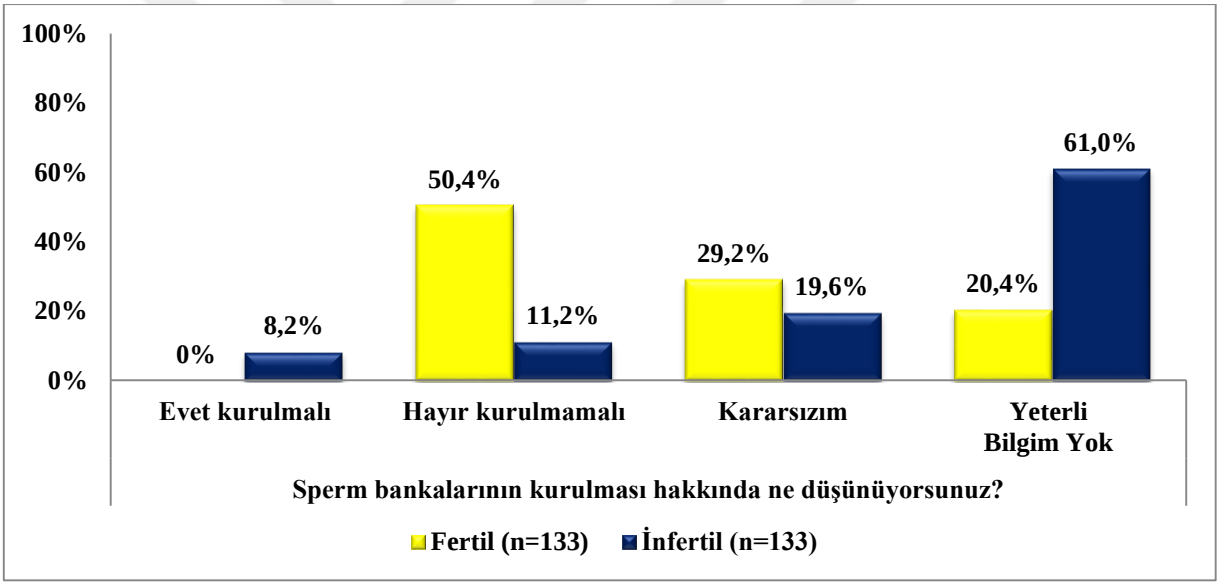



**Şekil 9. Grupların "Yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

"Sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplar ve "Fertilite Durumu" değişkenleri arasında yapılan çapraz tablolar ve Ki-Kare Testi sonucuna göre; bu iki değişken arasında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 12). Analiz sonrası yapılan ikili ki-kare testleri sonucuna göre, çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan fertil hastalar infertil olanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı bir biçimde "Hayır kurulmamalıdır" cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir.

**Tablo 12. Grupların "Sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

| GRUPLAR | | FERTİL | İNFERTİL | TOPLAM | $X^2$ | sd | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz ? | **Evet kurulmalı** | 0<br>0,0% | 11<br>8,2% | **11**<br>**4,1%** | 73.57 | 3 | **<0,001** |
| | **Hayır kurulmamalı** | 67<br>50,4% | 15<br>11,2% | **82**<br>**30,8%** | | | |
| | **Kararsızım** | 39<br>29,2% | 26<br>19,6% | **65**<br>**24,4%** | | | |
| | **Yeterli Bilgim Yok** | 27<br>20,4% | 81<br>61% | **108**<br>**40,6%** | | | |
| **TOPLAM** | | **133**<br>**%100** | **133**<br>**%100** | **266**<br>**%100** | | | |




**Şekil 10. Grupların "Sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı**

# TARTIŞMA

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalın'da Jinekoloji polikliniğine başvuran fertil hastalar ve tüp bebek merkezine başvuran infertil ailelerin oosit bağışı ile ilgili yaklaşımlarını değerlendirmek ve de yasal, etik, sosyal ve dini inançları açısından fikirlerini sormak amacıyla, fertil 133 ve infertil 133 olmak üzere toplam 266 olgu üzerinde gerçekleştirdiğimiz, anket çalışmamıza katılan olguların, yaş ortalaması fertil grupta 34,62±6,58 yıl, infertil grupta ise 33,65±5,41 yıl olduğu bulunurken, eğitim durumlarının ise hem fertil hem de infertil grubun büyük çoğunluğunu üniversite mezunları oluşturmaktadır (sırasıyla % 55,6 , % 61,7). Evlilik sürelerinin ise fertil grupta 6 ±3,27 yıl, infertil grupta 6,54±3,62 yıl olduğu bulundu.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ankara'da 2005 ile 2006 yılları arasında Baykal ve ark. (58) tarafından yapılan evli ve infertil 368 Türk kadını üzerinde 38 soruluk anket çalışmasında katılımcıların sosyodemografik durumunu, infertilite öyküsünü , gamet bağışını ve gestasyonal taşıyıcılık ile ilgili düşünceleri sorgulanmış. Bu çalışma sonucunda çalışmaya katılanların yaş ortalamasının 30,23±5,16 yıl, %29,7'sinin üniversite mezunu, evlilik süreleri ortalamasının ise 7,23±4,31 yıl olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının daha fazla olması muhtemelen çalışmamızdaki üniversite mezunu oranının % 50 ile % 60 arasında olması ve evlenme yaşının üniversite mezunları arasında daha ileri yaşlarda gerçekleşmeye başlaması olabilir. Ayrıca Baykal ve ark. (58) çalışması ile arasında 10 yıl olması evlilik yaşının o yıllarda daha erken olması olabilir. Ayrıca Baykal ve ark (58) çalışması Ankara ve özellikle iç Anadolu kesimini kapsamış olmasından Trakya bölgesine göre bölgesel farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Akyüz ve ark. (59) 2008 ile 2009 yılları arasında Ankara GATA' da yapmış oldukları 97 fertil ve 105 infertil kadının oosit bağışıyla ilgili fikir ve düşüncelerinin değerlendirildiği anket çalışmalarında çalışmaya katılanların yaş ortalaması fertil grup için 33-34 yıl aralığında iken infertil grup için 30-31 yıl'dır. Ayrıca fertil grubun % 57,1'i, infertil grubun ise % 27,8'i üniversite mezunu olduğunu bildirmişlerdir. Fertil grubun yaş ve eğitim olarak bizim çalışmamıza yakın olması Ankara merkezden başvuran hastalardan kaynaklanan memur kesimden olmuş olabilir. İnfertil grubun ise daha az eğitimli ve yaş itibariyle daha genç hastalar olması tüp bebek merkezlerinin her yerde olmaması nedeniyle iç Anadolu ve diğer çevre illerden tedavi amacıyla başvurmuş olan ve evlenme yaşları daha erken olan kişilerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan olguların yardımcı üreme teknikleri ve özellikle oosit bağışı hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere kendilerine sorduğumuz sorulara vermiş oldukları cevaplar Tablo 4-6'daki gibidir. Aşılama tedavisini fertil olguların % 47,4 ü infertil olguların % 84,2 si doğru olarak cevaplamışlardır. Ve istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bu da bize İnfertil grubun fertil grubuna göre iki katına yakın bilgi düzeyine sahip olmaları bu hastaların YÜT merkezlerine başvurmadan önce herhangi bir şekilde araştırma yaptıklarını veya bilgiye ulaştıklarını (yazılı ve görsel medya, internet, sağlık kuruluşları) düşündürmektedir. Devran ve ark. (60) tarafından 2011 yılında Zekai Tahir Burak Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne ilk defa başvuran toplam 120 infertil Türk kadına 8 soruluk birebir yapılan anket çalışmasında kadınların % 57,5'i aşılama tedavisi hakkında bilgi sahibi olduğunu geriye kalan % 42,5'u ise aşılama tedavisi hakkında hiç bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki infertil hastaların bu çalışmaya göre bilgi düzeylerinin çok fazla olmasının sebebi aradan geçen 5 yıl gibi bir zaman olması ve teknolojinin gelişmesiyle herkesin bilgiye ulaşmasının kolaylaşmış olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca eğitim düzeyinin artması diğer bir sebep olabilir veya YÜT merkezlerindeki sayıca artış ve hastaların bu YÜT merkezlerine eskiye göre başvurmasının kolaylaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tüp bebek tedavisini fertil olguların % 46,6'sı infertil olguların ise % 88'i doğru olarak bilmektedir ($p<0.001$). İnfertil hastalar aşılama tedavisi gibi tüp bebek tedavisi hakkında da fertil hastalara göre oran olarak neredeyse iki katı bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu oran aşılama tedavisine göre fertil hastalarda hemen hemen aynı iken infertil hastalarda bu oran bir miktar daha fazladır. Buda aşılama tedavisine göre, tüp bebeğin hastalar tarafından daha fazla merak ediliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü infertil hastalar arasında aşılama genelde daha normal karşılanabilirken tüp bebek kelime anlamı olarak bile ilgilerini

çektiğini düşündürmektedir. Devran ve ark. (60) 120 hastaya tüp bebek hakkında bilginiz var mı? sorusunu yöneltmişler ve % 70,8 hiç bilgisinin olmadığını söylerken % 29,2 si tüp bebek tedavisinin ne olduğunu bildiğini ifade etmiştir.Bizim çalışmamıza göre değerlendirildiğinde Devran ve ark. (60) çalışmasında Tüp bebek tedavisinin 5 yıl önce bu kadar az biliniyor olması ve şuan çok çok daha fazla insan tarafından bilinme sebeplerinin multifaktöriyel olduğunu düşünmekteyiz. YÜT merkezlerindeki sayısal artış, kaliteli hizmet anlayışı, daha çok hastanın başvurması,tedavi seçeneklerinin artması ve bunun yazılı ve görsel medyada yer alması gibi sebepler sayılabilir.

Hastalarımıza sorduğumuz yumurta (oosit) donasyonu hakkında fikirlerinin olup olmadığı sorusuna hem fertil hem de infertil (sırasıyla %88,%82) olguların bilgi sahibi olmadıkları sonucuna varılmıştır. Trakya gibi batının en ücra köşesinde ve yarısından çoğunluğunu üniversite mezunlarının oluşturduğu fertil ve infertil kadınlar oosit donasyonu hakkında bilgi sahibi değiller. Bu da özellikle infertil hastalar arasında ancak kendilerine oosit donasyonu ile ilgili bilgi verildiğinde veya kendisinin mecburen oosit donasyonuna başvurması gerektiğinde bilgi sahibi olduğunu gösteriyor olabilir. Veya Türkiye'de yasak olduğu için tüp bebek merkezlerinde sadece oosit donasyonu ihtiyacı olan kişilere bahsedilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda infertil kişilerin % 18'i,fertil kişilerin % 12'si oosit donasyonu hakkında bilgi sahibi olarak çıkmıştır. Çalışmamıza katılan tüm kişiler arasında ise bu oran % 15'tir. İnfertil hastaların bir miktar daha fazla biliyor olması belki bazılarının oosit donasyonu ihtiyacı olmasından veya diğer infertil arkadaşlarından duymuş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Ankara'da 2005 ile 2006 yılları arasında Baykal ve ark. (58) tarafından yapılan evli ve infertil 368 Türk kadını üzerinde yaptığı çalışmasında yalnızca % 25,1 'inin bağış ile ilgili bilgi sahibi olduklarını bildirmiştir. Bu oran bizim çalışmamıza göre 10 yıl önce yapılmış olmasına rağmen yüksek bir orandır. Bunun sebebi çalışmada sadece infertil kişilerin alınmış olması ve bu kişilerin değişik illerden de gelen infertilite hastaları olmasından kaynaklanıyor olabilir. Neticede bu çalışma Ankara GATA' da yapılmıştır ve buraya gelen hastalar İç Anadolu ve çevresinden yaşadıkları yerde bir sonuç elde edememiş daha problemli hastaların başvurmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmada 368 kişiden 107'si üniversite mezunu iken 147 kişi ise lise mezunudur. Eğitim düzeyinin yüksek olması da bir etken olabilir. Çünkü çalışmalarında eğitim düzeyi ile donasyon hakkında bilgi sahibi olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Akyüz ve ark. (59) 2008 ile 2009 yılları arasında Ankara GATA' da 97 fertil ve 105 infertil kadın üzerinde yapmış oldukları anket çalışmalarında, fertil grubun % 41,9 u infertil

grubun ise % 54,6'sı oosit donasyonunu daha önce duyduklarını bildirmişlerdir. Fakat fertil grubun sadece % 18,1 i infertil grubun ise % 40,2 si oosit donasyonunu doğru şekilde tanımlayabilmiştir. Yani fertil ve infertil hastaların neredeyse yarısı oosit bağışını duyduklarını söylemişlerdir. Bu çalışma, bizim çalışmamıza göre çok daha önce yapılmış olmasına rağmen çok yüksek bir orandır.Ancak fertil kadınların çok küçük bir kısmı infertil kadınların da yaklaşık yarısı oosit bağışını doğru tanımlayabilmiş. Bunun sebebi Ankara GATA' ya dış merkezlerden gönderilen hastaların doktorları tarafından bilgilendirilmiş olması veya kendilerinin bir şekilde araştırmış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Türkiye'de oosit bağışıyla ilgili 2005 yılında Antalya'da 232 kadın üzerinde halk anketi düzenleyen Işıkoğlu ve ark. (61), % 29,74'ünün oosit bağışı ile ilgili bilgi sahibi olduğunu bulmuşlardır.Bu çalışmada bizim çalışmamıza göre oran olarak daha yüksek çıkmıştır.Bu çalışmada 232 kadının 160 tanesi evli ve çocuk sahibi 72 tanesi ise bekardır. Bu kadınların % 50 si ise üniversite mezunudur. İnfertil hastalar tarafından daha çok bilinen oosit bağışının çocuklu ve bekar insanlar tarafından biliniyor olması çok ilginç çıkmıştır. Turizm merkezi olan Antalya'nın kültürel yapısı ve Avrupa'dan da birçok kişinin sağlık turizmi amacıyla bu kentimize geliyor olmasından kaynaklanan bir etkileşim olabilir.

Khalili ve ark. (62) Türkiye ve İran'ı kapsayan 163 evli ve bekar hastadan oluşan multicenter çalışmalarında evli kişilerin % 79,2'sini, bekar kişilerin ise %79'unun oosit donasyonu hakkında bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir.Bu oran oldukça yüksek bir orandır. Bu oranın yüksek bulunmasındaki sebep çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerinin oldukça yüksek olması genelde hemşire, tekniker ve profesyonel ofis çalışanlarından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü bu oran Avrupa ülkelerine yakın bir orandır. Mesela Khazem ve ark. (63) İngiltere'de yapmış oldukları yumurta bağışına yönelik güncel tutum hakkındaki çalışmada katılımcıların % 80 den fazlasının oosit donasyonu hakkında bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir. Avrupa'nın daha yüksek eğitim seviyesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yardımcı üreme tekniklerini uygulamaya katılımcıların yaklaşımlarını değerlendirdiğimiz sorulara vermiş oldukları cevaplar Tablo 7-11'deki gibidir. Çalışmaya katılan olguların donasyon yoluyla çocuk sahibi olma konusunda fertil grup %88, infertil grup ise %82 oranında hayır cevabını benzer şekilde vermişlerdir. Bu da gösteriyor ki hem infertil hem de fertil popülasyonun oosit donasyonu ile çocuk sahibi olmaya sıcak bakmadığını göstermektedir. Yine aynı şekilde başka birine yumurtalarını bağışlar mısınız? sorusuna fertil grup %91, infertil grup %81,2 oranında hayır cevabını vermişlerdir. Bu da gösteriyor ki hem fertil hem infertil grup yumurtalarını başkasına vermeye de sıcak bakmamaktadır. Lakin

yumurtasını başkasına verme konusunda infertil gruptaki olgular fertil olgulara oranla anlamlı şekilde daha az hayır cevabını vermişlerdir (p=0,021). Bu da gösteriyor ki infertil olguların başkasının çocuk sahibi olması konusunda daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Yakın akrabadan yumurtan almayı kabul etme konusunda fertil grup %78,2 infertil grup ise %91 oranında hayır cevabını vermiştir. Bu da gösteriyor ki yakın akrabadan yumurta almayı fertil gruptaki olgular infertil gruptaki olgulara göre istatistiki olarak anlamlı derecede daha olumlu karşılamıştır (p=0,004). Bizim değerlendirmemizde yakın akrabadan yumurta alma konusunda fertil olguların gerçek duygu ve düşüncelerini yansıtmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan olguların yakın akrabaya yumurta verme konusunda ise her iki grupta aynı oranda %88,8 ile hayır cevabını vererek yumurta bağışına olumsuz baktıkları görülmektedir. Çünkü yakın akrabaya verdikleri zaman onunla devamlı iletişim ve etkileşimde bulunacaklarını düşündüklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Akyüz ve ark. (59) çalışmasında her 10 infertil kadından 6'sının özel şartlarda (yakın akrabası) yumurtalarını bağışlayabileceklerini ve yarısından fazlasının da gerekirse başkasının yumurtalarını alabileceğini bildirmiştir.

Baykal ve ark. (58) çalışmasında infertil kadınların %23,3'ünün başka bir kadından oosit bağışını kabul edebileceklerini, %33,8 inin de yumurta bağışında bulunabileceğini ortaya koymuştur.

Işıkoğlu ve ark. (61) Türkiye'de yaptıkları fertil kadınlarla ilgili başka bir çalışmada da kadınların %82,76'sının yumurta bağışına karşı olumlu bir tutumu olduğunu belirtmişlerdir

İsveç'te Svanberg ve ark. (64) tarafından yapılan çalışmada 6 kadından 1'i hiç tanımadığı birine yumurtalarını bağışlayabileceğini söylerken, Genuis ve ark. (65) çalışmasında katılımcıların %66'sı kardeşlerine bağışlayabileceğini bildirmiştir.

Türkiye'de yapılmış bir başka anket çalışması da 2008 yılında Kılıç ve ark. (66) tarafından Ankara Etlik Doğumevinde 250 infertil kadın üzerinde yapılan çalışmadır.Bu çalışma primer infertil kadınlar üzerinde ve % 50 ' den fazlasının ilköğretim mezunu olan ve hepsinin dini inancı Müslüman olan kişiler üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların % 26'sı oosit donasyonu ile başka birinin yumurtalarını alarak çocuk sahibi olabileceğini bildirmiştir.

Bu çalışmalardaki büyük değişik oranlarla karşılaşılmasının sebebinin literatür çalışmalarının hem farklı ülkelerde hem de aynı ülke içinde farklı bölgelerde yapılmış olmasının etkisinin olacağını düşünmekteyiz. Avrupa ve Türkiye arasında hem dini yönden hem kültürel yönden birçok farklılık vardır. Çünkü infertilitenin sebepleri bölgesel ve kültürel farklılıklar göstrebilmektedir. Kendi ülkemizde bile her bölgenin kültürü, yaşayış

biçimi,olaylara bakış açısı değişebilmektedir. Ayrıca infertilitenin de her bölgeye göre dağılımı; insanların eğitim düzeyi, çalışma durumu, stres faktörleri ve evlililik sürelerine göre değişiklikler gösterebilmektedir. Genel olarak infertil gruptaki katılımcıların çocuk sahibi olmak için yardımcı üreme tekniklerinin uygulanmasına biraz daha sıcak baktıklarını, fertil olanların ise bu konuya pek duyarlı olmadıklarını göstermektedir. Ayrıca infertil aileler çocuk sahibi olamama duygusunun yarattığı sıkıntıları ve eksiklikleri anlayabildiklerinden diğer infertil ailelere çocuk sahibi olmaya yardımcı olmaları konusunda daha duyarlı oldukları görülmektedir.

Çalışmaya katılan olguların sperm bankalarının kurulması konusundaki fikirleri sorulduğunda (Tablo 12); fertil gruptaki olgular %50,4 ile hayır cevabını verirken, infertil grup %61 oranında yeterli bilgim yoktur cevabını verdikleri, fertil gruptaki hiçbir olgunun sperm bankası kurulmasını onaylamadığı bulunmuştur. Buradan çıkan sonuca göre fertil hastalar infertil olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde hayır kurulmamalıdır cevabını daha fazla vermiştir denilebilmektedir ($p<0,001$).

Baykal ve ark (58) çalışmasında 368 infertil kadına sorulan sperm bankalarının kurulması konusundaki düşünceleri sorgulandığında; kadınların %23,4'ünün evet cevabını verdikleri görülmüştür. Bizim çalışmamıza göre bu oranın yüksek çıkmasının sebebi çalışmaya sadece infertil hastaların dahil edilmesinin, daha yüksek hasta sayısın olması ve infertil hastaların olaylara daha duygusal yaklaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türk toplumunun sosyo-kültürel ve ahlaki bakış açısına göre ülkemizde sperm bankalarının kurulması ve infertil çiftlerin bunu kullanarak çocuk sahibi olmaları hala çok uzak ve Türk toplumunun yapısına uymadığı kanaatini oluşturmaktadır. Bizim sonuçlarımıza göre Türk toplumu oosit donasyonununa, sperm bağışına göre daha sıcak ve olumlu bakmaktadır.

Sonuç olarak; Fertil ve infertil çiftler oosit donasyonu hakkında genel olarak bilgi sahibi değiller. Hem fertil hem de infertil grup oosit donasyonuna sıcak bakmamaktadır. Bunun sebebini düşündüğümüzde muhtemelen eğitimsizlik veya türk toplumunun aile yapısı ön plana çıkmaktadır. Çünkü Türk toplumunun dini ve kültürel yapısı diğer Avrupa ülkelerine göre çok farklılık arz etmektedir.Bizim toplumumuzda oosit ve sperm donasyonu kabul görmese bile bu konuda toplumun en azından bilgi sahibi olması konusunda ilerleyen zamanlarda biz kadın doğum hekimlerine çok iş düşmektedir.

# SONUÇLAR

Fertil ve infertil ailelerin oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip bu tekniğin yasal, etik, sosyal ve dini yönlerinin farkında olup olmadıklarını anlamak için gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda;

1. Fertil grupta yaş ortalamasının daha yüksek olduğu,
2. Evlilik süresi, eğitim durumu ve çalışma durumları ile fertilite durumu arasında anlamlı bir farkın olmadığı,
3. İnfertil hastaların, fertil olanlara oranla "aşılama tedavisi, erkeğin sperminin yıkanarak rahim içine bırakılmasıdır " cevabını daha fazla verdiği,
4. İnfertil hastaların, fertil olanlara oranla "tüp bebek, annenin yumurtası ile babanın sperminin laboratuvarda döllendikten sonra annenin rahmine yerleştirilmesidir " cevabını daha fazla verdiği
5. İnfertil hastaların "başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz?" Sorusuna fertil olanlara oranla "evet" cevabını daha fazla verdiği,
6. İnfertil hastaların "yakın akrabanızdan yumurta almayı kabul eder miydiniz?" Sorusuna fertil olanlara oranla "hayır " cevabını daha fazla verdiği,
7. Fertil hastaların, "sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz?" Sorusuna İnfertil olanlara oranla "hayır kurulmamalıdır" cevabını daha fazla verdiği bulundu.

# ÖZET

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezinde Etik kurul onayı (Ek-1) alındıktan sonra, Fertil ve infertil ailelerin oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirip bu tekniğin yasal, etik, sosyal ve dini yönlerinin farkında olup olmadıklarını anlamak için gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya yaşları 18-45 arasında, çalışmaya kabul eden, 45 yaş altı için menopoza girmemiş bayanlar ve eşleri dahil edildi. Çalışmaya katılan olgular fertil ve infertil olmak üzere 133 olgudan oluşan 2 gruba ayrıldı. FertilGrup; hiçbir tedavi almadan spontan olarak en az bir tane yaşayan çocuk sahibi olanlardan İnfertil Grup ise primerinfertilite tanısı almış ve mevcut durumda tedaviye başlanmamış olgulardan oluşturuldu.olguların demografik özelliklerini, fertilite durumlarını ve oosit bağışıyla ilgili bilgi düzeylerini sorgulayan 34 sorudan oluşan anket uygulandı. Anket sonuçları bilgisayar ortamına aktarılıp, istatistiksel analizleri gerçekleştirildi.

Evlilik süresi, eğitim durumu ve çalışma durumları ile fertilite durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, infertil olguların yardımcı üreme teknikleri konusundaki bilgi düzeylerinin ve uygulamaya yaklaşımlarının fertil olgulara göre daha yüksek olduğu, sperm bankalarının kurulmasının, üçüncü şahıslara sperm verilmesi ve alınmasına fertil ve infertil çiftlerin genel olarak karşı çıktığı, yumurta donasyonu sonrası infertil çiftlerin sosyolojik ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissedeceklerini, dini açıdan yumurta transferine infertil ve fertil çiftlerin yüksek oranda karşı çıktığı, Türk-aile yapısı bakımından hem fertil hem de

infertil çiftler karşı çıkarken, Türkiye'de yumurta donasyonun ile ilgi yasağın devam etmesi konusunda fikir bildirdikleri bulundu.

Sonuç olarak; Fertil ve infertil çiftler oosit donasyonu hakkında genel olarak bilgi sahibi değiller. Hem fertil hemde infertil grup oosit donasyonuna sıcak bakmamaktadır.bunun sebebini düşündüğümüzde muhtemelen eğitimsizlik veya türk toplumunun aile yapısı ön plana çıkmaktadır. Çünkü Türk toplumunun dini ve kültürel yapısı diğer Avrupa ülkelerine göre çok farklılık arz etmektedir. Bizim toplumumuzda oosit ve sperm donasyonu kabul görmese bile bu konuda toplumun en azından bilgi sahibi olması konusunda ilerleyen zamanlarda biz kadın doğum hekimlerine çok iş düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** infertilite, oosit donasyonu, sperm donasyonu

## ADMITTED TO THE UNIVERSITY HOSPITAL FERTILE AND INFERTILE OPINIONS ABOUT WOMEN OOCYTE DONATION

## SUMMARY

This study was conducted in order to asses the level of knowledge about oocyte donation of fertile and infertile families and to understand wether or not they are aware of this technique's legal, ethical, social and religious aspects. This study was performed after it was approved by University of Thrace Medical School Department of Obstetrics and Gynecology Ethics Committee.

Women between 18 and 45 years of age and who are not menoposal and their spouses were included in this study. Our patients were divided into 2 groups as fertile and infertile; each consisting of 133 subjects. Fertile group consisted of subjects who has at least 1 living child without any treatments; infertile group consisted of subjects who were diagnosed with primary infertility and have not started any treatments. A questionnaire consisting of 34 questions aiming to asses subject's demographics, fertility states, and level of knowledge about oocyte donation was performed. Questionnaire results then transferred to a computer platform and statistical analysises were performed.

No significant association between fertility and level of education or job status was found. It was found that infertile subjects had more positive attitude toward and higher level of knowledge about ARTs; fertile and infertile couples were mostly opposing founding of sperm banks and sperm donations to third parties; infertile couples would feel themselves better after oocyte donation both socially and psychologically; both fertile and infertile

couples were mostly opboth fertile and infertile couples were mostly opposing both fertile and infertile couples were mostly opposing both fertile and infertile couples were mostly opposing oocyte donation from a religious standpoint; both fertile and infertile couples were opposing oocyte donation in resptect towards Turkish family structure; and both fertile and infertile couples were mostly in favour of ban of oocyte donation in Turkey.

In conclusion fertile and infertile couples usually are not well informed about ocyte donation. Both fertile and infertile couples mostly oppose oocyte donation. This situation is probably due to lack of education and Turkish family structure; because religious and cultural characteristics of Turkish population vastly differs from those of European countries. Even though our population mostly do not support sperm and oocyte donation it is our duty as gynecology and obstetrics specialists to at least make sure the populaiton is informed about these procedures.

**Key Words:** infertility, oocyte donation, sperm donation

# KAYNAKLAR


1. Asena A. NMS Kadın Hastalıkları ve Doğum. İstanbul: Nobel Kitabevi, 1998; 359-64.

2. Çolgar V. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi. Jinekoloji ve Obstetri Derg 1998;73-81.

3. Akyüz A. Ivf Tedavisinin Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. (Doktora Tezi), Ankara, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.

4. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2001.

5. Temizel N. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi IVF-ET Merkezine Başvuran Kadınlarda Durum Saptaması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1990;801-8.

6. Scherrod RA. Coping With İnfertility A Personal Perspective Turned Professional. MCN Am J Matern Child Nurs 1988;13(3):191-4.

7. Şirin A. Tüp Bebek (IVF-ET) Uygulaması İçin Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hemşirelerden Beklentileri Üzerine Bir İncelemev İ.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Derg 1998;(4);4:27-34.

8. Valentin DP. Pschologial Impact Of Infertilty Identifing Issues And Needs. Soc Work Health Care 1986;11(4):61-9.

9. Vural B. Yücesoy İ, Erk A. Karabacak O. Yardımla Üreme Teknikleri. Sendrom 1999;46-53.

10. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşilaşilan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013;5(2):162-178.

11. Tsai MC, Takeuchi T, Bedford JM, Reis MM, Rosenwaks Z, Palermo GD. Opinion: Alternative sources of gametes: reality or science fiction? Hum Reprod 2000;15(5):988-98.

12. Sağlık Bakanlığı, Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, 6 Mart 2010, Sayı: 27513.

13. Işık AZ, Vicdan K. Klinik Jinekoloji ve Endokrinoloji El Kitabı, 2003; 431-69.

14. Rainsbury PA, Viniker DA. Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar (Çeviren Editörleri: Işık AZ, Vicdan K, Atabeyoğlu L). Ankara; Atlas Kitapçılık; 1998:279-93.

15. Morice P, Josset P, Dubuisson JB. History of sterility in ancient times. I. Sterility in Egypt. Diagnostic recipes for sterility and pregnancy in ancient Egypt. Contracept Fertil Sex 1995;23:423-7.

16. Bateman-Cass CS. The loss within a loss: understanding the psychological ımplications of assisted reproductive technologies for the treatment of infertility. San Diego: California School of Professional Psychology; 2000.

17. Erdem Atak İR. Açıklanamayan infertilitede kadınlık ve anne-kız ilişkisinde anneliğin iletimi. (Tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.

18. Lohrmann JA. A Psychological investigation of women's experience of suscessfully coping with infertility. (Unpublished Doctor of Philosophy thesis) 1995.

19. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2008;11:112-21.

20. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Derg 2008;5:105-10.

21. Eren N. İnfertil çiftlerde algılan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisİ. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD; 2008.

22. Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional adjustment in infertile couples: systematic review article. Iranian J Reproduc Med 2009;7:97-103.

23. Akerer B. 15-49 Yaş Kadınların Jinekolojik Muayene Öncesi Anksiyete Durumlarının İncelenmesi (Tez), İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2003.

24. Reeder SJ, Martin LL, Koıak- Griftin DMaternity Nursing Family, Newborn Eighteenrh Edition, Lippincoot Company, 1997;319-38.

25. Yıldırım M. Klinik İnfertilite. 2. Baskı. Ankara; Eryılmaz Ofset, 2000;31-9; 299-306.

26. Akyüz, A. İnanç, N. İn Vitro Fertilizasyon Uygulamasında Hemşirelik, Sendrom 1998;128-31.

27. Kavlak O İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, (Doktora Tezi) İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu, 1999.

28. Işık AZ, Vicdan K. Klinik Jinekoloji Ve Endokrinoloji El Kitabı, 2003;431-69.

29. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997;251-62.

30. Terzioğlu F, Sandak F, Kılıç S. Yardımcı üreme teknolojisine katilan çiflerin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, II.Ulusal Klinisyen Hemşireler Ve Ebeler Kongresi. Antalya. 2001.

31. Şirin A. Kadın hastaliklari ve hemşireliği ders notları, İzmir 2002;355-64.

32. İbrahimoğlu L, Yüksel A, Alkış R, Ermiş H, Deniz Y. İnfertilite olgularinda genital tüberkülozun yeri. Jinekolji Obstetri Derg 1989;3:38-41.

33. Seyisoğlu H, Erel T.C. İrez T, Eren T, Ertüngealp E. İnfertil Kadınlarda Antisperm Antikorunun Klinik Değeri. Jinekolji Obstetri Derg 1995;9:41-45.

34. Yıldırım M. Klinik Jinekoloji. Çağdaş Medikal Yayıncılık. Ankara, 1992;68-89.

35. Ünal M. T, Sağlam K, Kutlu M. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi. Jama Özel Eki; 1992;24-29.

36. Gürgan T, Demirol A. İnfertiliteye genel bakış. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı 2001;6(1):52-5.

37. Dervişoğlu AA. Kontraseptif Yöntemler. Uluslararası Basım, Ankara, 1990;139-65.

38. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması Ve Bu Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım. İzmir, 2001.

39. Jirka J, Schuettfoxall MJ. Lonelinnes and social support in infertil couples. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996;25(1)55-59.

40. Jhonson CL. Self esteem: strategies and invention for the infertil women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs1996;25(4)291-5.

41. Terzioğlu F. YÜTne Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi Ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi (Tez), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1998.

42. Günalp S, Erçakmak S. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Tedavi. Ankara: 1998;210-5.

43. İdil M. Yardımla üreme yöntemleri ve gift. Obstetri Jinekoloji Sürekli Eğitim Derg 1997;1(3,4):303-10.

44. Turan C, Gökmen O, Doğan M, Keleş G, Uygun M, Çelikkanat H et al. ICSI Ve IVF gebeliklerinde gebelik kaybı oranları. Jinekoloji Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler 1998;(10);1:62-4.

45. Dhillan R, Cumming CE, Cumming DC. Psychologial well-being and coping patterns in infertil men. Fertility And Sterlity 2000;747(2):702-6.

46. Hirch, MA. Hirch, MS. The Long-Term Psychosocial Effectes Of İnfertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1995;24(6), 517-22.

47. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997;251-62.

48. Rainsbury PA, Viniker DA. Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar. Çeviren; Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Levent Atabeyoğlu. Ankara: Atlas Kitapçılık;1998;279-93.

49. Dalaner H. İnseminasyon uygulanacak kadina inseminasyon öncesi ve sonrası durumluluk-süreklilik kaygi düzeylerinin incelenmesi. (Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2000.

50. Urman B. Yardımcı üreme teknolojisinde olgu seçimi ve uygulama endikasyonları. Obstetri Ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Derg 1997;1:311-23.

51. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başkan Ayşe Akın Dervişoğlu, Nobel Tıp Kitapları, 1995.

52. Türkoğlu D, Tamam L, Evlice YE. Kısırlığın psikiyatrik yönleri. Düşünen Adam 1997;104:48-54.

53. Üremeye yardımcı tedavi merkezleri yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005.

54. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gynecol 2003;24,267- 71.

55. Milliard S. Emotional respons to infertility understanding patiens need's. AORN J 1991;54(2):301-5.

56. Davis DC, Dearman CN. Coping strategies of infertil women. Jognn 1991;20(3):221-8.

57. Doğan M, Terazi A. İnfertilite hemşireliğine giriş ve infertilite polikliniği hizmetleri. THD 1990;39:4.

58. Baykal B, Korkmaz C, Ceyhan ST, Göktolga M, Baser İ. Opinions of infertile Turkish women on gamete donation and gestational surrogacy. Fertil Steril 2008;89(4):817-22.

59. Akyuz A, Sever N, Karasahin E, Guvenc G, Cek S. A Survey on Oocyte Donation: Turkish Fertile and Infertile Women's Opinions. Int J Fertil Steril 2014;8(3):289-98.

60. Devran A, Yılmaz N, Gülerman C, Mollamahmutoğlu L. Intrauterine insemination and in vitro fertilization knowledge status and information resources of infertile patients: a Survey of Zekai tahir burak women's health education and research hospital infertility unit. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology 2012;8(33):1365-8.

61. Isikoglu M, Senol Y, Berkkanoglu M, Ozgur K, Donmez L, Stones-Abbasi A. Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. Hum Reprod 2006;21:318-23.

62. Khalili MA, Işıkoğlu M, Tabibnejad N, Ahmadi M, Abed F, Parsanejad ME et al. IVF staff attitudes towards oocyte donation: a multi-centric study from Iran and Turkey. Reprod Biomed Online 2008;17(3):61-6.

63. Khazem ve R ,Thompson LA , Hamilton MP ,Templeton A. Current attitudes towards egg donation among men and women. Hum Reprod 1995;10:1543-8.

64. Svanberg AS, Lampic C, Bergh T, Lundkvist O. Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. Hum Reprod 2003;18(5):1107-14.

65. Genuis SJ, Chang WC, Genuis SK. Public attitudes in Edmonton toward assisted reproductive technology. CMAJ 1993; 49(2):153-61.

66. Kılıç S, Uçar M, Yaren H, Güleç M, Ataç A, Demirel F, et al. Determination of the attitudes of Turkish infertile women towards surrogacy and oocyte donation. Pak J Med Sci 2009;25(1):36-40.

# EKLER

# Ek 1

**T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**
**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ** | PROTOKOL KODU | TÜTF-BAEK 2015/177 | |
| | PROTOKOL ADI | Fertil ve İnfertil Türk Kadınlarının Oosit Bağışı Hakkındaki Düşünceleri | |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI | Prof. Dr. Koray ELTER | |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | Tek Merkez Ulusal | Çok Merkez Uluslararası |
| **KARAR BİLGİLERİ** | **Karar No: 17/02** | **Tarih:16.09.2015** | |
| | Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Koray ELTER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. M. Musa ASLAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. | | |
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | | | |
| **ÇALIŞMA ESASI** | Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi | | |

ÜYELER

| Ünvan/Ad/ Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurumu | Cinsiyeti | İlişki(*) | Katılım (**) | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D | K | E☐ H☐ | E☐ H☐ | |
| Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı | Tıp Tarihi ve Etik | T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D. | K | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye | Tıbbi Farmakoloji. | T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D | E | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye | Biyoistatistik | T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D. | K | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye | Tıbbi Genetik | T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D. | E | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye | İç Hastalıkları | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D. | E | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye | Fizyoloji | T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D. | K | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye | İç Hastalıkları | T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D. | E | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye | Halk Sağlığı | T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D. | E | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Prof. Dr. Koray ELTER Üye | Kadın Hastalıkları ve Doğum | T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. | E | E☒ H☐ | E☐ H☒ | |
| Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D. | K | E☐ H☒ | E☒ H☐ | |
| Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye | Anestezi ve Reanimasyon | T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D. | K | E☐ H☐ | E☐ H☐ | Mazeretli |
| Doç. Dr. Atakan SEZER Üye | Genel Cerrahi | T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D. | E | E☐ H☐ | E☐ H☐ | Mazeretli |
| Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye | | T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi | E | E☐ H☐ | E☐ H☐ | Mazeretli |
| Avukat Baki KURNAZ Üye | | T.Ü Rektörlüğü | E | E☐ H☐ | E☐ H☐ | İzinli |

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yrd.

# Ek 2

## GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun **16/09/2015** tarih ve **TÜTF-BAEK 2015/177** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**
   a. **Araştırmanın bilimsel adı:** Üniversite Hastanesine Başvuran Fertil Ve İnfertil Kadınların Yumurta Donasyonu Hakkındaki Düşünceleri
   b. **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Çocuklu Ve Çocuksuz Kadınların Yumurta Bağışı Hakkındaki Düşünceleri
   c. **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof. Dr. Koray ELTER Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
2. **Uygulama Sırasında Karşılaşabileceğiniz Riskler ve Rahatsızlıklar:**
   Hiçbir risk yok
3. **Zararların Tazmini ve Araştırma Konusundaki Diğer Soruların Cevaplandırılması:**
   a. Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile bir hasta olarak hakları konusunda bilgi almak için bağlantı kurulacak kişinin adı-soyadı, ünvanı, görev yeri ve telefon numarası.

   Mehmet Musa ASLAN, Araş. Gör. Dr. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 05326364706
4. **Kimlik bilgilerinin ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**
   **İsim bilgisi olmayacak, bilgiler gizli kalacak**
5. **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?**
   **Hayır**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

## GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amacla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Gönüllü Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

***Gönüllünün;***

*Adı- Soyadı:*

*İmzası:*

*Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):*

.....

.....

*Tarih:*

***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;***

*Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:*

*İmzası:*

*Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):*

.....

.....

*Tarih:*

***Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:***

*İmzası:*

*Tarih:*

**Ek 3**

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI

# ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN FERTİL VE İNFERTİL KADINLARIN YUMURTA DONASYONU HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ

Arş. Gör. Dr. Mehmet Musa Aslan

Danışman:

Prof.Dr. Koray Elter

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı olarak "Türk kadının yumurta donasyonuna bakış açısını değerlendirmek " amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. Yaşınız?
   .....

2. Kaç yıldır evlisiniz?
   .....

3. Eğitim durumunuz?
a) İlköğretim
b) Lise
c) Yükseköğretim

4. Gelir durumunuz nedir?
a) Kötü
b) Orta
c) İyi

5. Bir işte tam zamanlı veya yarı zamanlı çalışıyor musunuz?
a) Çalışmıyorum
b) Çalışıyorum

6. Çocuğunuz var mı?
a) Evet
b) Hayır

7. Tedavi alarak mı çocuk sahibi oldunuz?
a) Evet
b) Hayır

8. Gebe kalamama nedeniniz aşağıdakilerden hangisi veya hangileridir?
(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a) Yaşım ileri
b) Yumurtalıklarımda kistler varmış.
c) Yumurtalıklarımda az sayıda yumurta kalmış
d) Eşimin spermlerinde problem olduğu için
e) Çikolata kistleri
f) Geçirdiğim ameliyatlar nedeniyle
e) Tüplerim tıkalı
f) Tam bir nedeni olmadığı söyleniyor. Herşey normal diyorlar.

9. Aşılama tedavisi nedir?
a) Fikrim yok
b) Aşılama tedavisi erkeğin sperminin yıkanarak rahimin içine bırakılmasıdır
c) Aşılama tedavisi, gebelik olması için aşı yapılarak kendi kendine gebe kalmanın beklenmesidir

10. Tüp bebek tedavisi nedir?
a) Fikrim yok
b) Tüp bebek annenin yumurtası ile babanın sperminin laboratuvarda döllendikten sonra annenin rahmine yerleştirilmesidir.
c) Tüp bebek annenin rahminin dışarı çıkarılarak içerisine tüp yerleştirilmesidir.

11. Yumurta donasyonu hakkında bir fikriniz var mı?
a) Evet
b) Hayır

12.Eğer çocuğunuz olmasaydı veya olmuyorsa çocuk sahibi olmak için "*Donasyon*" (başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma) uygulamayı düşünür müydünüz?
a) Evet
b) Hayır

13.Eğer çocuğunuz olmasaydı veya olmuyorsa çocuk sahibi olmak için "*Donasyon*" (başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma) uygulamasına **eşiniz ne** düşünürdü?
a) İzin verir
b) Karşı çıkar
c) Kararsız kalır

14.Başkasının çocuk sahibi olması için sizden yumurta alınıp başka birine verilmesine izin verir miydiniz?
a) Evet
b) Hayır

15.Yakın akrabanızdan ( teyze,hala.kuzen gibi…) yumurta almayı kabul edermiydiniz..
a) evet
b) hayır

16.Yakın akrabanıza yumurta vermeyi kabul edermiydiniz..
a) Evet
b) Hayır

17.Sperm bankalarının kurulması hakkında ne düşünüyorsunuz ?
a) Evet kurulmalıdır.
b) Hayır kurulmamalıdır.
c) Kararsızım
d) Yeterlı bilgim yok..

18.Başkasının çocuk sahibi olması için eşinizin başka bir çifte sperm vermesine izin verir miydiniz?
a) Evet
b) Hayır

19.Başkasının çocuk sahibi olması için eşinizden sperm transferi yapılmasına eşiniz ne düşünürdü?
a) İzin verir
b) Karşı çıkar
c) Kararsız kalır
20.Eşinizde genetik bozukluk olsaydı bir donörden ( vericiden ) sperm almayı kabul edermiydiniz?
a)Evet
b)Hayır
c)Kararsızım

21. Eşinizde azospermi ( hiç sperminin olmaması ) olsaydı bir donörden ( vericiden ) sperm almayı kabul edermiydiniz?

22.Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) çocuk sahibi olamayan kişilere çocuk sahibi olma şansı verecek ve onların fiziksel ve psikolojik problemlerini hafifletecektir.
a) Katılıyorum b) Katılmıyorum

23. Yumurta verici annenin, gelecek yıllarda aileden veya çocuktan finansal veya duygusal bazı taleplerde bulunabilme ihtimali vardır.
a) Katılıyorum b) Katılmıyorum

24. Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) ile çocuk sahibi olan çiftlerin, kendilerini gerçek anne ve baba gibi hissedeceklerini ve sosyolojik olarak daha iyi olacağını…….

a) Düşünüyorum b) Düşünmüyorum

25. Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) ile dünyaya gelecek çocuğun genetik özellikleri annesinin genetik özelliklerini yansıtmayacak, bunun bir problem olduğunu…….

a) Düşünüyorum b) Düşünmüyorum

26. Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) ile dünyaya gelen çocuklar kendi genetik kökenini asla bilemeyecekler, bu gelecekte akraba evliliklerine yol açabilir.

a) Katılıyorum b) Katılmıyorum

27. Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma) benim dini inançlarıma…….

a) Uygundur b) Uygun değildir

28. Yumurta donasyonu ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) Türk aile yapısı içerisinde kesinlikle tehlikelidir ve uygulanmamalıdır.

a) Katılıyorum b) Katılmıyorum

29.Yumurta donasyonun ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) Türkiye'de kanunen?

a) Yasaktır
b) Yasak değildir.
c) Bilmiyorum

30.Türkiye'de yumurta donasyonunun ( başkasının yumurtasıyla çocuk sahibi olma ) yasak olduğunu düşünüyorsanız.Kanuni düzenleme yapılarak yasak …

a) Tamamen kaldırılmalı b) Devam etmelidir

31.Hem eşinizde hemde sizde genetik bozukluk olsaydı donörlerden (vericilerden)yumurta ve sperm almayı ve bu yolla çocuk sahibi olmayı düşünürmüydünüz?

a) Evet
b) Hayır

32. Taşıyıcı annelik hakkında bilginiz varmı?

a) Evet
b) Hayır

33.Çocuk sahibi olamayan çiftlerin kendi sperm ve yumurtalarının laboratuar ortamında döllenmesi ve bunun sağlıklı rahime sahip olan başka bir kadının rahmine yerleştirilerek bu bebeği o aile için karnında taşıyan ve doğuran kişiye taşıyıcı anne denir.Size böyle bir teklif yapılsa kabul edermiydiniz..

a) Evet
b) Hayır

34. yukarıdaki soruya cevabınız evet ise aşağıdaki durumlardan hangisi nedeniyle bu durumu kabul ederdiniz..

a) para karşılığında
b) tamamen yardım amaçlı
c) akrabam olduğu için