T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÜREMEYE YARDIMCI TEKNİKLER MERKEZİ'NE BAŞVURAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ayça ÇETİNBAŞ

EDİRNE-2014

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Yrd. Doç. Dr. Önder SEZER'e, yardımlarından dolayı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim görevlisi hocalarıma, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**
GENEL BİLGİLER **3**
- **İNFERTİLİTE TANIMI**……..... **3**
- **İNFERTİLİTE EPİDEMİYOLOJİSİ**……..... **4**
- **İNFERTİLİTE NEDENLERİ**……..... **5**
- **İNFERTİLİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**……. **9**
- **İNFERTİLİTENİN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİLERİ**……... **13**
- **İNFERTİLİTEDE TEDAVİ** ……..... **14**
- **İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK BOYUTLARI**..... ..... **17**
- **İNFERTİLİTE VE YAŞAM KALİTESİ**……... **19**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **21**
BULGULAR **24**
TARTIŞMA **37**
SONUÇLAR **42**
ÖZET **44**
SUMMARY **46**
KAYNAKLAR **48**
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

DAZ	Delesyon Azoospermi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FertiQol	Fertility Quality of Life (Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği)
IVF-ET	In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
LFD	Luteal Faz Defekti
LUF	Luteinized Unruptured Follicule (Luteinize Rüptür Olmamış Follikül)
PCOS	Polycystic Ovary Syndrome (Polikistik Over Sendromu)
PID	Pelvic Inflamatory Disease (Pelvik İltihabi Hastalık)
TL	Türk Lirası
TÜHÜYTM	Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi

GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme ve nesli sürdürme tüm canlıların en temel içgüdülerindendir. İnfertilite, çiftler için genellikle psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi için yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak rahatsızlık verebilen bir durumdur. Üreme yeteneğinin istek haricinde azalması veya kaybolmasına infertilite denilir. Başka bir deyişle bir yıl herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan ve düzenli cinsel birlikteliğe rağmen (haftada en az iki defa) gebeliğin olmaması infertilite olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında bu süre iki yıla dek uzamaktadır (1).

İnfertilite oranı dünyada %8-12, Türkiye'de ise %10-20 arasında değişmektedir (2).

İnfertilite, prevalansın yüksek olduğu ve toplumsal baskıların söz konusu olduğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorundur. Yapılan araştırmalarda infertilitenin eşlerin cinsel yaşamlarını, duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını ve evlilik ilişkilerini etkilediği gösterilmiştir. Bu etkiler kadınlarda daha yoğundur, anksiyeteye daha fazla neden olur ve infertilite kadınlar için hayal kırıklığına yol açan ciddi bir kriz olmaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla "yaşam kalitesi" sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için, uygulamalarda giderek artan bir önem kazanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişilerin kendi değerler sistemi ve kültürlerinde kendi durumlarını algılayışlarını, fonksiyonlarını gerçekleştirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları sosyal, mental ve fiziksel alanı temsil eder (4).

Yaşam kalitesi insanların psikolojik durumlarını, sosyal ilişkilerini, fiziksel fonksiyonlarını, çevreyle etkileşimlerini ve inançlarını kapsar. Klinik ve biyokimyasal değerlendirmelerin kişinin hastalıktan ne kadar etkilediğini gösterememesi sebebiyle 'yaşam kalitesi' tanımı oluşmuştur. İnfertilite, çiftlerin aileleri, arkadaşları ve çevreleriyle ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamlarını, evlilik uyumlarını dolayısıyla yaşam kalitelerini etkileyen bir sağlık sorunudur. Bir çalışmada infertil çiftlerin %29'unun yaşadıkları infertilite sorunlarını sır olarak sakladığı ortaya koyulmuştur. İnfertilite nedeniyle sorumluluğu daha çok üstlenen kadın eşte yaşam kalitesi daha fazla etkilenir (5).

Aile hekimi sürekli ve bütüncül yaklaşım prensibiyle infertilite tedavisi sürecinde ortaya çıkan ruhsal, fiziksel ve sosyal değişimleri kolaylıkla fark edip yardımcı olabilecek hekimdir.

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne (TÜHÜYTM) başvuran infertil kadınların sosyodemografik özelliklerini, infertilite ile ilgili yaşam kalitesini araştırmak, çalışmanın sonunda da infertilite tedavi sürecinde yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olabilecek veri ve sonuçlara ulaşmak amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İNFERTİLİTE TANIMI

Üreme kabiliyetinin istek dışında azalması ya da yok olmasına infertilite denilmektedir. Başka bir deyişle bir yıl süreyle herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan ve düzenli (haftada en az iki) cinsel birleşmeye rağmen gebelik olmaması infertilite olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında bu süre 2 yıla dek uzatılmaktadır. Primer infertilite, daha önce gebe kalmamış olmayı, sekonder infertilite ise, daha önceden herhangi bir zaman gebe kalmış olmayı tanımlamaktadır (1).

İnfertilite üreme yaş grubundaki eşlerin %10-15'ini etkilemektedir (6-8). Fekundabilite, tek menstrüel siklusta gebeliğin oluşma olasılığıdır. Çiftlerdeki fekundabilite oranı yaklaşık olarak %25'tir (9). Altı ay sonunda %75, bir yıl içinde de %85 çiftin gebe kalması beklenir (10).

Günümüzde, fertilizasyon ve embriyo gelişimi yöntemlerinin gelişmesine paralel olarak, önceden tedavisi mümkün olmayan çoğu infertil çifte çocuk sahibi olma olanağı tanınabilmektedir (11).

İlerlemiş doğurganlık yaşındaki (>35) ve özellikle 40 yaşın üzerindeki kadınlarda infertilite oranları daha yüksektir. Kırk iki yaşındaki kadınların infertilite tedavisi başarı oranları %1-2 gibi düşük düzeylerdedir. Bu nedenle, 35 yaşın üzerinde olan kadınlarda infertilite tanımı için gerekli olan süre ancak altı aydır. İnfertilite tanısından sonra çiftler

medikal, sosyal ve ekonomik anlamda etkilenirler. Çiftler tedavi seçeceklerinde medikal önerinin yanı sıra sağlık güvencelerini ve ekonomik durumlarını dikkate alarak karar verirler. Çocuk sahibi olamama ile aile ve eş ilişkileri ve ruhsal durumları olumsuz etkilenebilir. Çiftler genellikle üreme ile ilgili bu durumlarını kontrol edemediklerini hissederler. Bu yüzden klinisyen, temel nedenler, tanısal testler ve infertilite tedavisi ile ilgili bilgilendirmeyi sağlamalıdır. Sağlık ekibi duygusal destek sağlama, tedavi planı ve maddi konular hakkında bilgi sahibi olmalıdır (12).

İNFERTİLİTE EPİDEMİYOLOJİSİ

İnfertilite üreme çağındaki kadınların ortalama %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve ailesel sorunlara neden olan, bölgeden bölgeye sıklığı ve sebepleri değişen bir sorundur. Son yirmi senede infertilite bir üreme sağlığı problemi olarak daha fazla ilgi görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir (13).

İnfertilite sebepleri çoğu ülkede benzerlik göstermesine rağmen infertilite sıklığı çoğu ülkede hatta aynı ülkenin değişik bölgeleri arasında farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; toplumların kültürel ve sosyal yapısının değişikliklerine bağlı olarak infertilite insidansı da değişiklik gösterebilmektedir. Üreme sisteminin yaşlanması ve spontan düşüklerde artma yaşlanmada fertiliteyi etkileyen iki faktördür. Üreme sisteminin yaşlanması ile otuzlu yaşlarındaki kadınların üçte biri, kırk yaş üzerindeki kadınların yarısı etkilenebilmektedir. Spontan düşüklerde artış otuz yaş üzerindeki kadınlarda %10, otuzlu yaşların sonlarına doğru %18, kırklı yaşlarda %34, kırk yaş üzerindeki kadınlarda ise %75'e kadar yükselebilmektedir. Hollanda donör inseminasyon verilerine göre canlı doğum olasılığı otuz yaşından sonra yılda %3,5 oranında azalır. Fransa donör inseminasyon verilerine bakıldığında bir yıllık gebelik oranlarının 31 yaşın altındaki kadınlarda %74, 31-35 yaş arasındaki kadınlarda %62, 35 yaş üzerindeki kadınlarda %54 olduğu görülmüştür (9,11,13).

Gelişmiş ülkelerde yaklaşık %8-10 oranında, gelişmekte olan ülkelerde ise %15-20 oranında infertilite görülmektedir. Bu değişiklik, gelişmekte olan ülkelerde özellikle klamidya ve gonore gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların daha sık görülmesi ve etkin olarak tedavi edilememesi nedeniyle infertilite ile neticelenen hasarlar oluşturmasından kaynaklanmaktadır (11,13).

İnfertilite bölgeden bölgeye görülme sıklığı ve nedenleri değişen bir problemdir. Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40–49 yaşlarındaki çocuksuz kadınların oranı en düşük olarak Güney Kore %1,3, Ürdün %2,2 ve Suriye %2,9'dur. Özellikle Afrika'da, bazı kabilelerde ve topluluklarda daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zaire'de Mbelo'da 45–49 yaş arasındaki kadınların %65'i çocuksuzdur. Amerika'da infertilite insidansının %15 olduğu, yani her altı çiftten birinin ya da 4,8 milyon kadının etkilendiği bildirilmektedir. Türkiye'de infertilite sıklığı için çok net bilgiler bulunmamakla birlikte %10-15 dolayında olduğu düşünülmektedir (13).

Ülkemizde yaklaşık 1,5-2 milyon çiftin infertil olduğu düşünülmektedir. İnfertilite sebepleri %40 kadından, %40 erkekten, %20 hem kadından hem de erkekten kaynaklanmaktadır. İnfertil çiftlerin %10-20'si nedeni açıklanamayan infertiliteye sahiptir. İnfertilite sebepleri arasında primer infertilite nedenlerinin %55-75, sekonder infertilite nedenlerinin %25-40 olduğu bildirilmiştir (14).

İNFERTİLİTE NEDENLERİ

Fertiliteyi etkileyen temel faktörler erkek ve kadının yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamadır. Erkek ve kadın için fertilite 24-25 yaşlarda en yüksektir. Fertilite hızı kadında 30 yaşından, erkekte 40 yaşından sonra düşer. Fakat erkeğin üreme kabiliyeti ileri yaşlara kadar sürer. Yeterli sıklıkta cinsel ilişkide bulunmama infertilitenin sık rastlanan bir nedenidir. Gebe kalmak isteyen çiftlere önerilen, haftada en az iki kez cinsel ilişkide bulunmalarıdır. Gebe kalma şansını artıran bir diğer yol ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmaktır. Spermin kadın vücudunda 72 saat yaşadığı ve ovumun ise 24 saat yaşadığı dikkate alınırsa, kadının 28 günlük bir siklusta gebelik şansı siklusun ortasına rastlayan üç gündür. İnfertilite olgularının büyük bir kısmını sonradan gelişen sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli sebebi; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan abortuslara ve puerperal enfeksiyonlara bağlı olarak oluşan pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük ilerlemeler olmasına rağmen, etik ve yasal yönü konusunda tartışmalar devam etmektedir. İnfertilite problemi olmayan bir çiftte her ovulatuar siklus başına gebe kalabilme şansı %20 civarındadır. Gebelik oranları zaman içerisinde kümülatif olarak artar. Amerika'da herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan ve düzenli olarak tanımlanan cinsel ilişkisi olan çiftlerin %25-27'sinde gebe kalma ve gebeliği

sürdürmede zorluklar olmakta ve bu oran giderek artmaktadır. Kadınların geleneksel rollerindeki değişim, ileri yaşta evlenme ve geç yaşta çocuk isteme gibi nedenlerin yanı sıra alkol, sigara gibi madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi faktörler bu artışa sebep olabilmektedir. İnfertilite sebeplerinin kadın ve erkekte geniş bir yelpaze oluşturduğu görülmektedir. Gebelik, sağlıklı sperm ve oosit üretiminin ardından üretilen sperm ve oositin tuba uterinalarda birleşmesi ve oluşan embriyonun uterusta endometriyuma yerleşmesi ile gerçekleşir. Bu doğal süreci etkileyen fiziksel, çevresel, psikososyal ve sosyoekonomik tüm faktörler gebeliğin oluşmasını, yani fertiliteyi etkiler. Fertiliteyi etkileyen faktörler arasında; kadınla erkeğin yaşı, ilişkinin sıklığı ve zamanı, erkekte ve kadında geçirilmiş pelvik operasyonlar, alkol ve sigara kullanımı, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve stres en etkili olanlarıdır. İnfertilitenin duygusal sebepleri, kadında tubal spazm, ovulasyon yapamama, vajinismus ve seminal mayinin hızla atılmasıdır. Ayrıca, ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel birliktelikten kaçınma da kadına ait bir diğer infertilite sebebidir. Psikolojik açıdan infertil olan kadınlarda birtakım ortak özellikler vardır. Tamamı gebeliği çok ister görünmelerine ve belirtmelerine rağmen gebeliğe karşı olumsuz duygular ve korkular da taşırlar. Bu korkular gebelik, anne olma veya doğum ile ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı ve doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceği veya iyi bir anne olamama gibi korkular psikojenik infertilitenin altında yatan sebepler olarak sayılabilir. Kadının bu duygularını ifade etmesi desteklendiğinde, eşler arasında daha sıcak bir ilişkinin gelişerek gebeliğin ortaya çıktığı çoğu olguda görülmüştür. Erkeklerde ereksiyonda ve ejakulasyonda görülebilen erektil disfonksiyon psikolojik infertilitenin temel sebepleridir. Bunun yanı sıra erkekler de bilinçsiz olarak koitustan kadınlarda olduğu gibi kaçınabilirler. Erkekteki erektil disfonksiyon sonradan da ortaya çıkabilir. Erektil disfonksiyonun büyük bir çoğunluğu psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Çocuklukta geçirilen psikolojik travmalar, çocukluk hastalıkları, beslenme sorunları, aşırı düşkün ve koruyucu annelik gibi nedenler psikolojik erektil disfonksiyon için hazırlayıcı faktörlerdendir (1).

İnfertiliteyi erkek ve kadında pek çok faktör etkilemektedir.

En sık rastlanan infertilite nedenleri erkek faktörü, tubal/pelvik problemler, servikal hastalıklar ve ovulatuar bozukluklardır. Bazen infertilite nedeni açıklanamaz (12).

İnfertilite tanıları %40'a varan oranlarda sperm sayısında düşüklük, azalmış motilite ve infeksiyöz nedenlerden kaynaklı erkek faktörüne işaret eder. Ovulatuar faktör infertilite tanılı kadınların en az %25'inde tanımlanır. Bu durum hafif ovulatuar disfonksiyondan

komplet amenoreye ve yaşa bağımlı ovaryan dirence kadar genişleyebilir. Tubal ve pelvik faktörler infertilite sebeplerinin %25'lik bölümünü oluşturur. Seksüel geçişli hastalıklar sonucunda oluşan pelvik iltihabi hastalık, cerrahi sonrasında meydana gelen yapışıklıklar ve endometriyoz buna sebep olabilir. Servikal faktör kaynaklı, idiyopatik ve açıklanamayan infertilitenin her biri infertil çiftlerde %5 oranındadır. Uterin faktörler sık olmamakla birlikte Mülleriyen anormallikleri, uterin fibroidleri ve intrauterin yapışıklıkları içerir. Birden fazla faktör birlikte bulunabilir (12).

Çiftin Sorunları

- Çoğu kez erkeğin ereksiyonu sürdürememesi nedeniyle cinsel ilişkinin mekanik olarak gerçekleşememesi
- Fertilitenin uygun olduğu periyotta seyahat, ayrılık gibi sebeplerle cinsel ilişkinin gerçekleşememesi

Erkeğin Sorunları

- Erektil disfonksiyon
- Prematür ejakülasyon
- Azospermi (15)

Erkek faktörleri

Varikosel, hidrosel, torsiyon veya travma sonrası testiküler kayıp, hipogonadotropik hipogonadizm, hiperprolaktinemi gibi hormonal bozukluklar, epididimit, üretrit, prostatit gibi inferksiyonlar, vas deferensin blokajı veya konjenital yokluğu, Kleinfelter sendromu gibi kromozomal anomaliler, spermatogenezi kontrol eden genlerde delesyon veya kemoterapi ve radyasyona bağlı oligospermi, azospermi ve sperm motilitesinde kayba sebep olabilir. Buna rağmen birçok erkek hastada bilinen bir neden bulunmaz. Kleinfelter sendromunun mozaik formları (46 XXY) bir sebep olabilir (12).

Kadının Sorunları

- Tubaların infeksiyon gibi sebeplerle tamamen ya da kısmen kapanması
- Over fonksiyonları
    1. Ovulasyonun gerçekleşememesi
    2. Anovulatuar sikluslar halinde düzensiz ovulasyon
    3. Polikistik over sendromu

4. Hiperprolaktinemi
5. Perimenopozal dönem
6. Prematür over yetmezliği

- Himenin bütünlüğünün sürmesi
- Vajinanın konjenital malformasyonu
- Uterusun doğumsal malformasyonu ya da tüberküloz peritonit (15)

Ovulatuar faktörler:

Ovulatuar bozukluk anovulasyon, ovulasyon düzeninin bozulması, düzensiz menstruasyon ve amenore neticesinde azalmış fertilite olarak tanımlanır. Anovulasyon ve amenorenin en yaygın nedenlerinden biri özellikle polikistik over sendromunda (PCOS'ta) meydana gelen hormonal bozukluklardır. Diğer nedenler tiroid hastalığı, hiperprolaktinemi ve hipotalamik amenoredir (aşırı egzersiz, aşırı stres veya düşük vücut ağırlığı sebebi ile ortaya çıkmaktadır).

Düzenli menstrüel periyotlara sahip ve ovulasyonu olanlarda luteal faz defekti (LFD) görülebilir. LFD endometrial gelişimin luteal fazda yetersizliğiyle ilgilidir. Bu endometriyumda progesteron reseptör azlığına veya corpus luteum tarafından progesteron salınımının yetersizliğine bağlı olabilir. Luteal fazın süresi kısalabilir. Anovulasyona sebep olan birçok durum aynı zamanda LFD'ye sebep olabilir (12).

Tubal/pelvik faktörler:

Tubal infertilite genel olarak gonore ve chlamydia trachomatis kaynaklı kronik pelvik iltihabi hastalığın (PID) sonucudur. Kronik PID tubal tıkanıklığa ve/veya tubo-ovaryen adezyonlara sebep olabilir. Adezyonlar normal yapının bozulmasına ve ovumun fallop tüpü tarafından yakalanmasının engellenmesine sebep olabilir. Öyküde PID olması tanıyı kolaylaştırır. Ancak tubal infertilitesi olan hastaların bir bölümünde klamidyal enfeksiyonlarda belirtilerin silik olmasından dolayı PID öyküsü tespit edilememekte ve alınan negatif PID öyküsü tamamen güvenilir olamamaktadır (12).

Benign pelvik cerrahiler ve peritonit de tubo-ovaryen yapışıklıklara neden olabilir. Endometriyoz yaygın bir pelvik faktördür. Ciddi formlarda overde endometrioma kisti oluşumuna ve/veya tubo-ovaryen adezyonlara sebep olabilir (12).

Servikal faktörler:

Ovulasyon öncesinde ve ovulasyon sürecinde servikal mukus ince, elastik, berrak ve miktar olarak çoktur. Koitus sonrasında müköz glandlar spermler için fertilizasyon öncesinde

bir rezervuar olarak fonksiyon görürler. İnfekte, az ve kalitesiz mukus servikal faktör infertilitesine sebep olabilir (12).

İmmünolojik, iyatrojenik, yapısal ve infeksiyöz servikal nedenler olabilir. İmmünolojik nedenler en yaygınıdır ve mukus glandları tarafından üretilen anti sperm IgA'lar partner spermine karşı reaksiyon verirler. Spermler serviks seviyesinde hareketsiz hale gelirler. Servikal koterizasyon ve biopsi gibi cerrahi prosedürler servikal glandları harap edebilir. Servisit servikal faktörün alışılmadık bir sebebidir (12).

İdiyopatik infertilite:

Bu tanıyı koymak için, tanımlanan tüm temel fertilite testlerinin negatif veya normal çıkmış olması gerekir. Endometriyoz dahil pelvik faktörleri dışlamak için laparoskopi yapılabilir (12).

İNFERTİLİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnfertil bir çiftin değerlendirilmesinde öncelikli hedef infertilite sebebi veya sebeplerinin ortaya konmasıdır. İnfertil çiftin değerlendirilmesinde temel kural öncelikle erkek faktörünün araştırılması, yani spermiogram yapılmasıdır. Kadına ait testlerin çoğu menstrüel siklus günleri ile ilişkilidir. Bu değerlendirmeler için zamana ihtiyaç vardır. Durum infertil çifte hekimi tarafından ilk muayene esnasında detaylı ve açık şekilde anlatılmalıdır. Çifte anlatılacak bir diğer önemli konu da infertilite hangi nedenle olursa olsun tedavi için zamana ihtiyaç olduğunu açıklamaktır (16).

İnfertil çiftin birlikte anamnezleri alınıp aynı seansta fizik muayene ve genital muayeneleri yapılmalıdır. Monodisipliner yaklaşım yapılamadığında iyi bir konsültasyon gerekir.

- Hekim infertilite nedenini kesin olarak saptamalıdır.
- İnfertilitenin sebepleri, tedavi yöntemi ve başarı oranı başvuran çifte açık bir biçimde anlatılmalıdır.
- Tedavi süreci, süresi ve başarılı olunamıyorsa bu sürecin sonunda neler yapılacağı izah edilmelidir.
- İnfertil çiftin ümitsizlik içinde bırakılmaması gerekmekte olup "sizin kesinlikle çocuğunuz olamaz" şeklinde ifadeler kullanılmamalıdır.
- Tanı ve tedavi yöntemleri bir düzen içinde sistematik olarak uygulanmalıdır, bunun neticesinde hastanın hekimine olan güveni artar.

- Uygulanan tanı yöntemlerinin tedavi amaçlı olduğu anlatılmalıdır (17).

Fertilizasyonun nasıl olduğunu hatırlayıp değerlendirmemizi bu şekilde yaptığımızda, infertil çiftlerin değerlendirilmesini ve yapılacak incelemelerin hangi amaca yönelik olduğunu daha iyi kavramış oluruz. Fertilizasyon spermatozoa denilen, testiste üretilen vücudun en küçük hücresiyle ovum denilen, ovaryumlarda bulunan vücudun en büyük hücresinin tuba uterinalarda birleşip, spermatozoanın oosit içine girmesi olayıdır. O halde yapılması gereken şey erkekte spermatozoaların, kadında oositlerin varlığını araştırıp, bu iki hücrenin bir araya gelmesi için kadın genital yolunda bir sorunun bulunup bulunmadığının araştırılmasıdır. Spermatozoaların sayısı, hareketliliği ve normal olup olmadıkları erkekte 3-4 günlük cinsel perhizden sonra yapılan spermiogram ile kolayca saptanabilir. Kadında oositlerin varlığı böyle bir metodla tespit edilemez, ancak ovulasyon olup olmadığı incelenir. Esasen aranan oosit varlığı olmalıdır. Kadında ovulasyon varlığında progesteron hormonu salgılanmaktadır. Kanda direkt olarak progesteronun saptanması veya idrarda metaboliti aranarak ovulasyonun varlığı tespit edilebilir. Progesteronun hedef organlarda yaptığı değişikliklere bakarak da ovulasyon durumu araştırılabilir. Bu amaçla bazal vücut sıcaklığı, servikal mukus incelemesi, vajinal smear ve endometrial biyopsiden yararlanılabilir. Spermatozoid ve oositlerin varlığı incelendikten sonra bu hücrelerin birleşmesine engel olan bir durumun saptanması halinde servikal kanalın araştırılması için postkoital test, tubalar ve uterusun incelenmesi için de histerosalpingografi ve laparoskopi yapılması planlanmalıdır (17).

Kadın Faktörünün Değerlendirilmesi

Anamnezde yaş, partneriyle birlikte olduğu süre, meslek, kontraseptif kullanıp kullanmadığı ya da korunma yöntemi, önceki cinsel yaşamı hakkında bilgi alınmalıdır. Önceki gebelikleri, düşükleri, dış gebelik öyküsü, menstruasyon öyküsü (menarş yaşı, adet siklusu ve süresi, dismenore, varsa son günlerde adet düzeninde değişiklik, ovulasyon ağrısı), vajinal akıntı (akıntının rengi, miktarı, yapısı, iritasyon ya da ağrı olup olmadığı), özellikle diabetes mellitus, böbrek hastalığı gibi önceden geçirilen hastalıklar, fertil günlerde cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişkide yaşanan problemler, önceden infertiliteyle ilgili yapılan tetkik veya tedavilerin varlığı sorgulanmalıdır (15).

Genelde fizik bakıda fiziksel gelişim ve endokrin hastalık bulgusu araştırılır. Karın muayenesinde ameliyat izi, hassasiyet ve kitle varlığı araştırılmalıdır. Vajinal muayenede ise vajina girişinin yapısı, uterusun boyutları ve mobilitesine ilaveten overlerin boyut ve yapısı da araştırılmalıdır (15).

Yapılması gereken incelemeleri genel olarak şu şekilde sıralayabiliriz:

Postkoital test: Ovulasyona en yakın olan herhangi bir günde, servikal mukus bol olduğunda ve serviksin dış orifisi genişlediğinde yapılmalıdır. 3-4 günlük cinsel perhizin ardından gerçekleşen cinsel ilişkiden sonra kadın 1,5 saat sırtının üzerine yatmalıdır. Daha sonraki 3-12 saat arasında (ideal olarak 4-5 saat) servikal mukustan yeterli bir miktar mukus alınıp lamın üzerine konulur ve lamel kapatılarak ışık mikroskobunda direkt bakılarak incelenir. Normal bir büyütme ile her alanda 5 veya daha fazla spermin varlığında testin müspet olduğu kabul edilir. Daha az sayıda spermin varlığında spermiogram yapılmalı, önceden yapılmışsa yenilenmelidir. Spermlerin tamamının ölü olduğu durumlarda, sayılarına bakılmadan yine spermiogram tekrarlanmalıdır. Bunun gibi durumlarda mutlaka bir erkek faktörünün olabileceği unutulmamalıdır (18).

Ovulasyon testleri:

Bazal vücut ısısı: Bazal koşullarda, sabahları aynı saatte, aynı yoldan ve aynı derece ile alınmalıdır. Üstelik bir aylık süre yetmez, üç ay tekrarlanmalıdır (18).

Vajinal smear: Siklusun birinci yarısında, ortasında ve ikinci yarısında yapılıp, vajen hücrelerinin progesteron ve östrojen hormonlarının etkilerine göre şekillenmesinden yararlanılarak yapılan bir testtir (18).

Servikal mukusun Spein-Barkeit testi: Kandaki östrojenlerin ve progesteronun miktarı ile direkt orantılı olarak servikal mukus değişiklik göstermektedir. Serivkal mukusun östrojenler ile miktarı artar, berraklaşır ve akıcı bir vasıf kazanır. Progesteron etkisinde ise servikal mukus miktarı azalır, akıcılığı kaybolur ve jelatinöz yapısını yitirerek katı bir vasıf alır. Ovulasyona yakın günlerde pens veya penset ile tutularak çekildiğinde uzama gösterir. Ovulasyon olduktan sonra servikal mukusun bu özelliği kaybolur (18).

Servikal mukusun Fern-like testi: Östrojenlerin ve mukusun bol olduğu,ovulasyona yakın bir zamanda, pens yardımıyla mukustan bir miktar alınarak lam üzerine konulur. Mukus lam üzerinde kuruduktan sonra içindeki sodyum klorürün kristalleşmesi sonucu eğrelti otu yaprağı manzarası alır. Ovulasyondan sonra bu manzara oluşmaz (18).

Premenstruel probe küretaj: Progesteron ve östrojenin endometrial doku üzerinde oluşturduğu farklı histolojik görüntüden yararlanılarak uygulanan bir testtir. Sekresyon fazının hangi gününde küretaj yapılması gerektiği konusunda tam bir düşünce birliği yoktur. Beklenen menstruasyondan iki gün önce yapılmasını tavsiye edenlerin yanı sıra siklusun 21. gününden sonraki herhangi bir gün de alınabileceğini önerenler mevcuttur. Alınan

endometrial dokunun histolojik sonucu korpus luteum yetmezliği, proliferatif endometriyum veya normal sekretuvar endometriyum gelebilir. Sekretuvar endometriyum saptanmışsa normal kabul edilir. Proliferatif endometriyum veya korpus luteum yetmezliği saptanmışsa bunun sebebi hormonal aks üzerinde incelenmelidir. Başka bir ifade ile endometrial biyopsi sonucunda bir patolojinin varlığı tespit edilmektedir. Oysaki gerekli olan patolojinin nedeni ve yeridir. O halde bu patolojinin saptanması için hormon profilleri araştırılmalıdır (18).

Plazma progesteron değeri: Ovulasyon araştırılması plazma progesteron dozajı bakılarak yapılabilir. Ovulasyonla birlikte salgılanmaya başlayan progesteron giderek yükselir, gebelik olmadığı zaman sekretuvar fazın ortasından itibaren azalmaya başlar ve adetin başlamasından yaklaşık olarak iki gün önce 0,6 ngr/ml düzeyinin altına düşer. Sekresyon döneminde yaklaşık 21. günler civarında kanda ölçülen progesteron değeri 10 ngr/ml'den düşükse korpus luteum yetmezliğinden bahsedilebileceği gibi kanda progesteron hiç saptanamazsa anovulatuar siklus söz konusu olabilir (18).

Erkek Faktörünün Değerlendirilmesi

Anamnezde yaş, meslek, partneriyle birlikte olduğu süre, evden uzak kaldığı dönemlerin varlığı ve infertilite süresi; cinsel birleşme sıklığı ve vajinanın üst kısmına ejakülasyonun sağlanabilmesi; önceki ilişkileri ve bu ilişkilerde gebelik varlığı; orşit ile komplike kabakulak varlığı, fıtık ya da varikosel operasyonu varlığı, genital bölge yaralanması varlığı ve önceden geçirilmiş ağır bir hastalık varlığı sorgulanmalıdır.

Genel fizik muayene, genital organların muayenesi ve hipospadiasın araştırılması yapılmalıdır. Palpasyon ile testislerin yapısı ve boyutları incelenmelidir (15).

Semen analizi erkek faktörünün değerlendirildiği bir tarama testidir. Semen masturbasyon yoluyla elde edilerek bir saat içinde incelenir. Birçok laboratuvarda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği değer aralıkları dikkate alınır. Yinelenen semen analizleri semen anormalliklerini teyit etmek maksadıyla gereklidir. Serum testosteron, prolaktin, FSH ve LH düzeylerinin ölçümü sperm sayısı az bulunduğunda faydalıdır. Karyotipleme ciddi oligospermide veya azospermide mühimdir. Spermatogenezden sorumlu DAZ geninin (delesyon azospermi) delesyonuna kan örnekleriyle bakılması gereklidir (12).

İNFERTİLİTENİN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİLERİ

İnfertilite üreme dönemindeki çiftlerin %10-15'ini etkiler. İnfertil çiftlerin yaklaşık %40'ında problem erkekte, %40'ında kadında, %20'sinde çiftin her ikisinde bulunmaktadır.

İnfertilitenin biyolojik, psikolojik, sosyal ve finansal etkileri ulusal ve uluslararası pek çok araştırma ile ortaya konmuştur. Bunlar; stres, depresyon, ekonomik zorluklar, anksiyete, suçluluk, korku, sosyal statü kaybı, sosyal damgalanma, çaresizlik ve bazı durumlarda da şiddet olabilmeltedir. İnfertil çiftler oldukça büyük bir baskı altında olmalarının yanı sıra sorunun çok özel olması sebebiyle problemi gizleme ihtiyacı duyarlar (1).

Pek çok kültürde infertilite ile ilgili hatalı inanç ve değerler söz konusudur. Mesela infertilitenin çoğunlukla kadına ait bir problem olarak ele alınması, genellikle sebeplerin fiziksel olmasına rağmen, infertilitenin psikolojik faktörlerden kaynaklandığına dair inanç, tedavi edilemezliğine dair olan inanç ya da seksüel bir hastalık olduğu gibi hatalı fikirler yaygındır. İnfertilite yalnızca çiftlerin değil, bütün olarak ailenin fiziksel, sosyal ve duygusal dengesini bozan önemli bir sağlık problemi olarak düşünülebilir. Meşru olarak boşanma sebebi olmamasına karşın aile ilişkilerini ve uyumunu etkilemesi sebebiyle boşanmanın bir sebebi olabilmektedir. Türkiye'de yaklaşık olarak %3 oranında olan çok eşli evliliklerin sebebi de ekseriyetle kadının infertil olmasına bağlanmaktadır (3).

Nijerya'da infertilitenin ana nedeni cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardır. Genellikle infertiliteden kadınlar suçlanır ve erkekler doğurgan olmayan eşlerini boşayabildikleri gibi çok sayıda evlilik de yapabilirler. Afrika kültüründe evliliğin temel manası kadının hamile kalması ve doğum yapmasıdır. Afrikalılar çocuklarını güç ve gurur kaynağı olarak görürler. Ayrıca yaşlandıklarında çocuklarının kendilerine güvence olacağını düşünürler. Çocuk sahibi olmanın bir diğer önemli yanı ise nesillerin devamının garanti altına alınmış olmasıdır. Bu kültüre göre evliliğin maksadı çocuk doğurmaktır. Afrika'da infertilite çoğunlukla boşanmaların da temel nedenidir. İnfertilite nedeni kadın ise erkek eşinden boşanabilir ama infertilite sebebi erkek ise kadın eşini boşayamaz. Kenya'da ise seksüel yolla bulaşan hastalıklar sebebiyle infertilite oranı yüksektir. Kültürel ve sosyal faktörlerin üreme üzerine etkisi dikkat çekmektedir. Çocuk sahibi olmak için yapılan zorlamalar çoğunlukla erkek çocuğa sahip olmak için yapılır. Eğer erkeğin ilk evliliğinde infertilite sorunu varsa çocuk sahibi olabilmek için daha fazla eş alması zorunludur. Yalnızca kız çocuğu olan bir kadın hem kendisini hem de eşini memnun etme amacıyla erkek çocuğu olana kadar çocuk doğurmalıdır. Kore'de ve Japonya'da infertil kadın "taştan yapılmış kadın" manasına gelen kavramla tanımlanır. Kore kültüründe erkek çocuk doğurmak zorunludur. Çocuğu olmayan bir erkek defaatle evlenebilir veya eşini boşayabilir. Erkek eşini boşadığı zaman toplum tarafından suçlanmaz ancak kadın eşini boşayamaz (3).

İnfertiliteye psikolojik yanıtla ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Subfertil kadınların psikolojik sağlığı fertil kadınlardan daha kötüdür. Maalesef tedavi süreci içinde bütün ilgi infertilitenin fiziksel özelliklerine odaklanırken, duygusal özellikleri çoğunlukla önemsenmemekte ve tedavisiz kalmaktadır. Fertilite sorununu ilk saptayan çoğunlukla kadınlardır. Erkeklerin çoğu zaman medikal araştırmanın yapılması gerektiğine ikna edilmeleri gerekebilir (19). İnfertiliteye kadınlarda utanç, değersizlik, suçluluk, yetersizlik, anormallik, eksiklik, kusur gibi stigmaların eşlik ettiği birçok araştırma bildirilmiştir (20). Yapılan bir araştırmada çift uyum ölçeğinin cinsel doyum ve duyguların ifadesi alanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlar, özellikle infertilite erkek faktörü nedeniyle olduğunda evlilik uyumunun çeşitli alanlarının, bu erkeklerde görülen depresif belirtiler ve anksiyete üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmanın sonuçları infertilite tedavisi sürecinde cinsel ve psikolojik danışmanlığın önemini vurgulamaktadır (21).

İNFERTİLİTEDE TEDAVİ

İnfertil bir çiftin tedavisinde en önemli kural infertilite sebebi veya sebeplerinin doğru bir biçimde ortaya konması ve sonrasında etkin tedavinin seçilerek uygun bir süre uygulanmasıdır. İnfertilitede tedavi süreci çifte anlatılmalı, başarının tam olarak sağlanamayabileceği, tedavi ile sadece şansın artabileceği mutlaka belirtilmelidir. Bununla birlikte infertilite tedavisinin sabır gerektirdiği de vurgulanmalıdır. İnfertil bir çiftin tedavisi esnasında aşağıdaki genel prensipler unutulmamalıdır:

1. İnfertilite etkeni ya da etkenlerinin tanısı konulmalıdır.
2. İnfertilite faktörüne yönelik elverişli tedavi seçilmelidir.
3. Seçilen tedavinin neticesini görmek için en az 3-6 siklus boyunca tedaviye devam edilmelidir.
4. Tedavi süresince güvenilir ve uyumlu bir şekilde hekim-hasta-laboratuvar işbirliği sağlanmalıdır.
5. Tedavinin hiçbir zaman tam olarak çözüm sağlayamayabileceği fakat doğurganlık şansını arttırmaya yönelik olduğu çifte açıklanmalıdır.
6. Tedavi seçiminde çiftin yaş faktörü ve tedaviyi uygulayabilme yeteneği göz önünde bulundurulmalıdır.
7. Tedavi süresince gerek ilaç gerekse laboratuvar takipleri açısından gereksiz harcamalardan kaçınılmalıdır.

Bütün bunlar en başta çifte uygun bir şekilde anlatılmalıdır (16).

Ovulasyon İndüksiyonu

Ovulasyon indüksiyonunun hormonal ve kimyasal ajanlarla bilinçli olarak uygulamaya girmesi, 1950'li yılların sonlarında başlamıştır.

Ovulasyon indüksiyonunda ajanların seçimi hastaya göre yapılmalıdır. Bu maksatla ovulasyon indüksiyonu gereken infertil hastalar üç gruba ayrılabilir:

1. **Hipogonadotropik hastalar:** Bu hastalarda FSH, LH ve endojen östrojen seviyeleri düşüktür. Gestagen test (=çekilme kanaması) negatiftir. Klinik olarak amenoreik hastalardır.
2. **Normogonadotropik hastalar:** Bu hastalarda endojen östrojen yapımı mevcut olup FSH seviyesi normal, LH seviyesi normal veya yüksektir. Bu hastalarda gestagen testi pozitiftir. Klinik olarak LFD, follikül rüptürü olmadan luteinizasyon olması (LUF= Luteinized unruptured follicule), anovulasyon, oligomenore veya amenore görülebilir. Hiperandrojenik hastalar da bu gruptadırlar.
3. **Hiperprolaktinemik hastalar:** Hiperprolaktinemik hastalardır. Klinik olarak amenoreden luteal faz defektine kadar uzanan bir spektrum gösterirler.

Ovulasyon indüksiyonu ovulasyon yapabilme yeteneği olan overler için geçerlidir (16).

İmmünolojik Faktör Tedavisi

İnfertilitede immünolojik faktör tedavisinde infertilite süresi ve antikor titrasyonu tedavi sonucunu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bununla birlikte başka otoimmün hastalıklarda görüldüğü gibi spontan remisyon dönemlerinde de gebeliğin meydana gelebileceğini de düşünmek gerekir. Spermlerin %50'den azının antikor bağlı ola durumunda %66,7 oranlarında spontan gebeliğin meydana gelebildiği bildirilmektedir. İmmünolojik faktör tedavisinde farklı yöntemlerin muvaffakiyet neticeleri tartışmalı olup basit uygulanan yöntemler arasında kesin ve etkili bir yöntem bulunmamaktadır (16).

Yardımla Üreme Teknikleri

1. **Yapay döllenme (Terapötik inseminasyon):** Spermlerin kadın genital sistemine bir aparey aracılığı ile verilmesidir. Terapötik inseminasyon, reprodüktif alanlarda

kullanılan temel tedavi yöntemlerinden biridir. Ejakülasyon bozuklukları, servikal faktör ve sperm kalitesinin bozuk olması hastalarda inseminasyon için en önemli endikasyonlardır. Açıklanamayan infertilite vakalarında da kullanılması önerilmektedir. İnseminasyon sonuçları ile ilgili tartışma devam etmektedir. Tedavi değerinin olmadığını ileri sürenlerin yanında %100'e yakın başarıdan söz edenler vardır. Ovulasyon indüksiyonu ile birlikte inseminasyon yapılması başarı oranını arttırmaktadır. Fakat uygulamada en iyi neticeler servikal faktörde alınmaktadır (16).

2. **In vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF-ET):** In vitro fertilizasyon ve embriyo transferi, yumurta ile spermin kültür ortamında döllendirilmesi anlamına gelmektedir. IVF-ET uygulaması ilk defa tubal tıkanıklığı olan hastalar için planlanmışsa da zamanla endikasyonlar genişlemiştir. Erkek faktörü, servikal faktör, tubal faktör, immünolojik faktör, bazı ovulatuar bozukluklar, diğer tedaviler ile gebelik elde edilemeyen vakalar ve açıklanamayan infertilite endikasyon dahilindedir. IVF için programa katılan çiftlerin %6 ile 25'inde gebelik meydana gelebilmektedir. Oluşan gebeliklerin yaklaşık %25'inin abortus olduğu düşünülürse stimulasyona başlanan her 100 çiftin yaklaşık 18 tanesinde başarı sağlanabilmiştir (16). Transfer edilen embriyo sayısı arttıkça hamilelik oranı yükselir fakat çoğul gebelik riski de artar. İsveç'te seçilmiş olgularda uygulanan tek embriyo transferi ile başarı %20'nin altına düşmektedir (22).

3. **Mikrocerrahi fertilizasyon teknikleri:** Erkek inferilitesinin tedavisinde IVF-ET en çok uygulanan yöntem olmasına rağmen bu yöntemde spermin sayısı ve kalitesi ile başarı yakın ilişkilidir. Genel olarak yıkama sonrası 500.000 normal ve hareketli spermatozoon elde edilememesi fertilizasyon oranını çok düşürmektedir. Bunun gibi durumlarda mikrocerrahi çalışmaları yaygın olarak uygulanmaktadır. Mikrocerrahi fertilizasyonda öncelikle oosit zona pellucidasının bir kısmı mekanik veya kimyasal olarak açılarak spermin yumurtanın içine girmesinin kolaylaştırılması hedeflenmiştir. Bunun ardından uygulanan başka bir yöntemde zona altına 2-7 arasında sperm yerleştirilmiş ancak en başarılı merkezlerde bile gebelik oranı %10-15 arasında değişmiştir. 1992'de ilk kez uygulanarak başarı elde edilen intrasitoplazmik sperm injeksiyon metoduyla hamilelik oranları %35 ve üzerine çıkarılabilmiştir. Bu yöntemin başarılı olması için spermin sadece canlı olması gerekmekte olup sayısı önem taşımamaktadır. Fertilizasyon mikromaniplatör denilen mikroskoba bağlı bir aygıt yardımıyla sperm yumurtanın içine konularak sağlanır. Tubal bozuklukların operatif tedavisinde mikrocerrahi tekniğinin uygulanması makrocerrahiye göre iki kat daha olumlu neticeler vermektedir. Günümüzde bu programların

ilerlemesiyle tuba patolojilerinde mikrocerrahiye duyulan ihtiyaç büyük ölçüde azalmıştır (16).

4. Cerrahi tedavi: Özellikle doğumsal uterus anomalilerinde uygulanan ameliyatlar genel olarak metroplasti adını alır. Bunaekolarak endometrial polipler ve sineşi de infertilite sebebi olabileceğinden operatif tedavi gerektirmektedir. Metroplasti ameliyatları sıklıkla uterus bikornis vakalarında uygulanır ve iki kavitenin birleştirilmesine yöneliktir. Fakat uterus anomalileri infertilite sebebi olmayıp çoğunlukla oluşan gebeliğin erken doğum veya abortus ile sonuçlanması gibi problemlere sebep olarak infertiliteye yol açarlar. Bu sebeple böyle hastaların en az 1-3 defa hamile kaldıktan sonra eğer gebelik erken doğumla veya abortusla sonlanıyorsa operatif tedavileri gerekir (16).

İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK BOYUTLARI

Çoğu erkek ve kadın hamile kalmada başarısızlığın neticesi olarak duygusal acı hissetmektedir. Birçok çift çocuk dünyaya getirememelerinin nedeninin kadında var olan bir sorundan kaynaklandığını düşünür. Bu görüş, yaşamın ve toprağın yenilenmesini kontrol eden bereket tanrıçalarını resmeden klasik mitlere göre hayat verme ve alma gücü olan prehistorik kadın tanrıların bin yıldan uzun süre eskiden kalma mitolojileri ve hikayeleriyle sürdürülmektedir. Bu kültürel inanç sistemlerinin çoğu spesifik eylem veya otokontrol aracılığıyla fertiliteyi bir şekilde anlamaya aracılık etmeyi sağlamaktadır. Örneğin, İncil'de sadece gebe kalmak için dua etmekte olan Hannah, Elkanah'ın eşi, umutsuz ve anoreksik olarak tasvir edilmektedir. Bugünün modern kadını, akapunkturdan yogaya, bitki çaylarından ananas dilimlerine, duadan pozitif düşünmeye eğilim göstererek hamile kalma şansını optimize edip kendi doğurganlığı üzerinde kendi kontrolünü uygulama eğilimindedir. Anlaşılır biçimde, infertiliteden sorumlu kişi için üzücü bir durum olarak anlam ifade ettiğine olan inanma eğilimi toplumda pekiştirilmiş bir inançtır. Belki kişinin hayatı üzerindeki kontrolünün kaybı infertilitenin en zor duygusal sonuçlarından biridir. Birçok çift için, infertiliteleri genellikle yaşamın diğer önemli yönleri dışlanarak, günlük söylem ve görevlerin odak noktası olur. Bu kontrol kaybı, konsepsiyonda zorluk yaşanması gibi çifti kendi üremelerinden sorumlu oldukları düşüncesine davet ederek infertilite tanısından önce başlayabilir (23).

Yetişkin gelişimi ve kimliğinin önemli bir parçası üreme yeteneği olmasıdır. Konsepsiyon kolayca oluşmadığı zaman çift şaşkın ve öfkeli hale gelir. Gerçekten de,

infertiliteyle yüz yüze gelmek çiftin kendi dünyasının düzenini son derece dağıtıcı olabilir (23).

İnfertilite tanısı alan kişilerin yaşadığı duygu en sık hüzündür. Çocuksuzluğa eşlik eden diğer duygular; öfke, şaşkınlık, inkar, pazarlık, mutsuzluk, içe kapanma, yas, çevreden soyutlanma, suçluluk, değersizlik, engellenme ve kabullenmedir. Bir araştırmaya göre kadınların %31'inde, erkeklerin %16'sında hislerin çoğunluğunun üzüntü, ümitsizlik ve karamsarlık olduğu ve bununla birlikte kadınların %23'ünün, erkeklerin %16'sının yalnızlık duygusu hissettiği saptanmıştır. Başka bir araştırmada kadınların yalnızlık puanları ve eğitim durumu, çalışma durumu, infertilite süresi, evlilik sayısı, sosyal güvence durumu, psikolojik desteğe gereksinim derecesi, sosyal destek değişkenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İnfertilite ile psikolojik bulgular ve belirtiler arasındaki ilişki pek çok araştırmada elealınmıştır. Çalışmaların çoğu infertilite ile psikiyatrik belirtiler arasında ciddi bir ilişkinin varlığını vurgulamaktadır. İnfertilite tanılı kişilerde, ruhsal bakımdan en önemli zorluğun anksiyete, tedavide başarı elde edilemeyen bireylerde ise depresyon olduğu tespit edilmiştir. İnfertilite tanılı kişilerde psikolojik stres prevalansını saptamak amacıyla 112 kadınla yapılan bir araştırmada %40'ı psikiyatrik bir bozukluk için kriterleri karşılamıştır. Tanı en sık anksiyete bozukluğu (%23)'dur. Ardından majör depresif bozukluk (%17) ve distimik bozukluk (%9,8) gelmektedir. Sonuçlar yaklaşık %10-12 oranında görülen psikiyatrik bozuklukların infertilite vakalarında daha yüksek prevalansta olduğunu göstermektedir. Amerikan toplumunda yaygın anksiyete bozukluğunun infertilite ile ilişkili bulunduğu 11000 kişilik bir araştırma mevcuttur. Bunun yanı sıra farklı kültürel özellikleri bulunan Japon toplumundaki neticeler de yaygın anksiyete bozukluğunu desteklemekteydi. Japonya'da infertil kadınların sağlıklı hamilelerle karşılaştırıldığı bir başka araştırmada infertil grupta depresyon oranları daha fazla saptanmıştır. Dünyada ve Türkiye'de yapılan çoğu araştırmada da diğerleri gibi infertil bireylerde psikiyatrik olarak prevalansı en yüksek hastalıkların anksiyete ve depresyon olduğu tespit edilmiştir (5).

Bir yandan infertilitenin kendisi, diğer yandan üreme yardımı için uygulanan incelemeler ve tedavi yaklaşımları, kişilerin sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, başa çıkma yeteneklerini, fiziksel ve duygusal enerjilerini tüketerek cinsel işlev bozukluğu, kaygı, depresyon ve çiftin ilişkisinde bozulmaya sebep olabilmektedir. İnfertilitenin hem seksüel işlev hem de duygusal durum ile ilişkisi iki taraflı gibi görünmektedir. Cinsel işlev bozuklukları infertil çiftlerin bir kısmında kadın ve erkek infertilitesinin temel nedenleri olabilirken aynı zamanda infertilite ve tedavi sürecinde ortaya çıkan depresyon ve anksiyeteye

bağlı olarak da oluşabilmektedir. Depresif semptomlar ve kaygı için de benzer durum mevcut olup bunun gibi duygusal problemler infertilitenin nedeni veya sonucu olabilmektedir. Ayrıca duygusal durumun gebelik elde edilmesine etkisi bulunmadığını vurgulayan çalışmaların tersine tedavi başlangıcında kaygı düzeyinin yüksek olması ve depresif semptomların şiddetli olmasının kadınlarda gebelik şansını düşürebildiğini gösteren neticeler mevcuttur. Bu sebeple üreme merkezlerine başvuru sırasında problemi olan bireylere tedavi ve destek sağlanmasının hamilelik şansını arttırabileceği ileri sürülmektedir (24).

Türkiye'de en kapsamlı çalışmalardan biri Karlıdere ve ark'a aittir. İnfertil çiftlerde yapılmış bu çalışmanın neticelerine göre infertilitenin kadın faktörüne bağlı olduğu durumlarda kadınlarda depresif belirtiler yüksek saptanmış, erkek faktörüne bağlı olduğu durumlarda ise erkeklerin depresif belirtilerinin infertil kadınlarla aynı oranda yüksek olmadığı görülmüştür (25).

İNFERTİLİTE VE YAŞAM KALİTESİ

Bir çiftin biyolojik olarak çocuk sahibi olma kabiliyetine sahip olmadıklarını öğrenmeleri beklenmedik ve stresli bir durumdur. Bu durum çiftin yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkileyen bir deneyimdir. Fertilitenin kaybı çiftler üzerinde kaygı, depresif belirtiler, stres, azalmış benlik saygısı gibi psikolojik sorunlara yol açmanın yanı sıra suçluluk ve utanç, ilişki sorunları, yaşam kalitesinde azalma ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi psikososyal problemlere desebep olmaktadır. İnfertil çiftin yaşadığı keder ve yasın derinleşmesine ve sürekliliğine toplumsal beklentilerin varlığı da sebep olmaktadır. Doğurganlık sorunları ve infertilite tedavisi kadın ve erkeklerde değişik etkilere ve yaşam değişikliklerine sebep olmaktadır. Kadın için toplumsal beklentiler anneliği kadının hayatında en önemli rol olarak görülmesidir. Her kadından hayattaki başka rolleri ve beklentileri ne olursa olsun annelik rolü beklenmektedir. Tedavi sürecinde uygulanan işlemler ve hormon tedavisi pek çok fiziksel ve duygusal değişikliğe sebep olmakta ve kadınlar bazı problemlerle karşılaşabilmektedirler. Bu problemler depresyon, anksiyete ve cinsel fonksiyon bozukluğunda artışının yanı sıra duygusal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin negatif olarak etkilenmesidir. Bu süreçte kadınlar erkeklere göre endişe ve kendini suçlama duygusunu daha fazla yaşamakta, infertilite tanısına yönelik girişimlerde ya da tıbbi tedavide erkeklerin sorunlarını da çözmek için daha çok sorumluluk almaktadırlar (26).

Çocuk sahibi olmak ülkemizde ve dünyada evliliğin önemli bir bileşenidir. Çoğu evlilikte aile ve sosyal çevre çift üzerinde baskı kurmaktadır. Araştırmalar infertilitenin eşler

arasında anlaşmazlıklara, kendini beğenme duygusunda azalmaya ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya yol açtığını göstermektedir. İnfertilite tedavisinin psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri olmakla birlikte birtakım toplumlarda özellikle erkekler tanıyı kabul etmediğinden dolayı tedavi gecikebilmekte ve bu durum kadının üzerinde fazladan duygusal yüke neden olmaktadır. İnfertilite tanı ve tedavisi bozulmuş yaşam kalitesine sebep olabilmektedir. Günümüzde infertilite sadece bir sağlık sorunu olarak değil aynı zamanda yaşam krizine neden olabilecek büyüklükte bir stresör kabul edilmektedir. İnfertilitenin yaşam kalitesini, duygusal iyilik halini ve cinsel fonksiyonu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Bu durum hem doğu hem de batı toplumları için geçerlidir. Eşler bu duruma değişik tepkiler verebilmekte, infertilite veya tedavisi çiftlerde problemlere sebep olarak yaşam kalitelerini bozabilmektedir. İnfertilite tanı ve tedavisi ile ilgilenen sağlık çalışanlarının çiftlerin içinde bulunduğu psikolojik durumla ilgili bilgi sahibi olması sayesinde tedaviye uyum artacaktır (25).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini "Kişinin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi çerçevesinde hayattaki yerlerini algılama biçimleri ve bunun hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkisinin tamamı" olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi bireysel iyilik hali ile değişik yaşam alanlarında kişisel tatmin ifadesinin toplamıdır. Aile, iş ve sosyoekonomik koşulları kapsar ve bireyin hedefleri, umutları, beklentileri ve başarabildiği hayallerinin oluşturduğu iyilik algısının tümünü kapsar. Yaşam kalitesi kültürlere, geçirilmiş hayat tecrübelerine ve kişisel özelliklere göre değişen bir kavramdır. Fakat genellikle kişinin yaşamında önemli bulduğu konularda sevinme ve iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Burada içinde bulunulan koşullardan daha çok genel algı ön plandadır. İnfertilite sebebinin kadın faktörü olduğu durumda saygı azalması ve suçluluk duygusunun kadınlarda çok fazla olduğu, erkek faktörü veya açıklanamayan infertilite olduğunda eşler arasında fark olmadığını belirten araştırmaların yanında depresyonun da kadında daha fazla görüldüğü yurtdışındaki araştırmalarda gösterilmiştir. Kadın faktörüne bağlı infertilite durumunda erkek faktörüne bağlı infertilite ile karşılaştırıldığında kadının yaşam kalitesi belirgin olarak düşük olmaktadır. Açıklanamayan infertilitede ise yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş izlenmemektedir (25).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, TÜHÜYTM'ye başvuran 18 yaş ve üzerindeki infertilite tanılı gönüllü kadın hastaların sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitelerinin araştırılması amacıyla prospektif, kesitsel, tanımlayıcı desende tasarlandı.

Çalışma evrenini Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne 01.05.2014-31.07.2014 tarihleri arasında başvuran gönüllü infertil kadınlar oluşturdu. Evrenin tamamının çalışmaya alınması hedeflendi. Etik kurul onayı (Ek 1) alındıktan sonra, 01 Mayıs 2014 ile 31 Temmuz 2014 tarihleri arasında infertilite tanısı bulunan ve Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne başvurmuş olup da çalışmaya katılmayı kabul eden 119 kadın hastayla görüşüldü. Çalışmamıza katılmayı kabul eden 119 infertilite tanılı kadın hasta, bu çalışmanın örneklemini oluşturdu.

İnfertilite tanılı olma, 18 yaşını doldurmuş olma ve çalışmaya katılmayı kabul etme, araştırmaya alınma kriterleri olarak sayıldı. İletişimi engelleyecek kadar mental bozukluğu ya da dil bozukluğu olması, 18 yaşından küçük olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme ise araştırmaya alınmama kriterleri olarak kabul edildi.

Araştırmacı tarafından infertilite tanılı kadın hastaların takip edildikleri TÜHÜYTM'nde katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmamızda hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı. Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma

anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındı.

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket (Ek-2) kullanılarak toplandı. Ankette, katılımcıların sosyodemografik ve aile ortamı bilgileri, sigara ve alkol alışkanlığı bilgileri, obstetrik hikayesi, sosyoekonomik düzeylerini sorgulayan 27 soru bulunmaktaydı. Ek olarak doğurganlık sorunu yaşayan kişilerin yaşam kalitesini değerlendiren Boivin ve ark. (27) (2011) tarafından geliştirilen ve Cardiff Üniversitesi'nde Türkçe'ye çevirilen 36 soruluk 'Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği' (FertiQol) kullanılmıştır.

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) (FertiQol)

Boivin ve ark. (27) tarafından 2011 yılında geliştirilen ve Cardiff Üniversitesi'nde Türkçe'ye çevirilen FertiQol 36 soruluk 'Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği' dir. FertiQol, çekirdek olarak 24 madde, tedavi ile ilişkili 10 madde, tüm hayat ve fiziksel sağlıkla ilgili 2 madde içeren toplam 36 soru ile yaşam kalitesini değerlendirmektedir (27). Ölçek 5'li Likert tipi cevaplar içermektedir (28). Yanıt puanları 0 ile 4 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. FertiQol üç toplam ölçek ve altı alt ölçekten sağlanan puanlarla 0 ile 100 arasında puanlandırılır.

FertiQol İngilizce olarak üretilmiş ve aynı çeviri ekibi tarafından 20 dile çevrilmiştir: Almanca, Arapça, Çince, Danimarkaca, Fince, Fransızca, Hırvatça, Hintçe, Hollandaca, İngilizce, İtalyanca, İspanyolca, İsveççe, Portekizce, Romence, Rusça, Sırpça, Türkçe, Vietnamca ve Yunanca (29). Her çeviri yerli iki dil bilen fertilite uzmanlarınca doğrulanmıştır. FertiQol fertilite problemleri ve tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini gösteren güvenilir bir ölçektir. Boivin ve arkadaşlarının yaptığı 1414 fertilite problemi yaşayan kişinin katıldığı bir çalışmada çekirdek FertiQol ve tedavi modülü için hesaplanan Cronbach güvenirlik istatistikleri 0,72 ve 0,92 aralığında saptanmıştır. Sensitivite analizleri yaşam kalitesi ile cinsiyet, parite ve destek arayışı arasında beklenen ilişkileri saptadığını göstermiştir (27). Trakya Üniversitesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne başvuran kadın hastalarda yaptığımız bir çalışmada ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa 0,905 olarak hesaplanmıştır (30).

FertiQol ölçeğinin 24 sorudan oluşan çekirdek bölümü altı alt ölçek içermektedir. Bunlar duygusal, akıl/beden, ilişkisel ve sosyal alt ölçeklerdir. Bu bölümdeki her alt ölçek altışar sorudan oluşmaktadır (31).

Alan puanları 0-100 puan üzerinden hesaplanmıştır. Puan yükseldikçe, yaşam kalitesi yükselmektedir (www.fertiqol.org).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

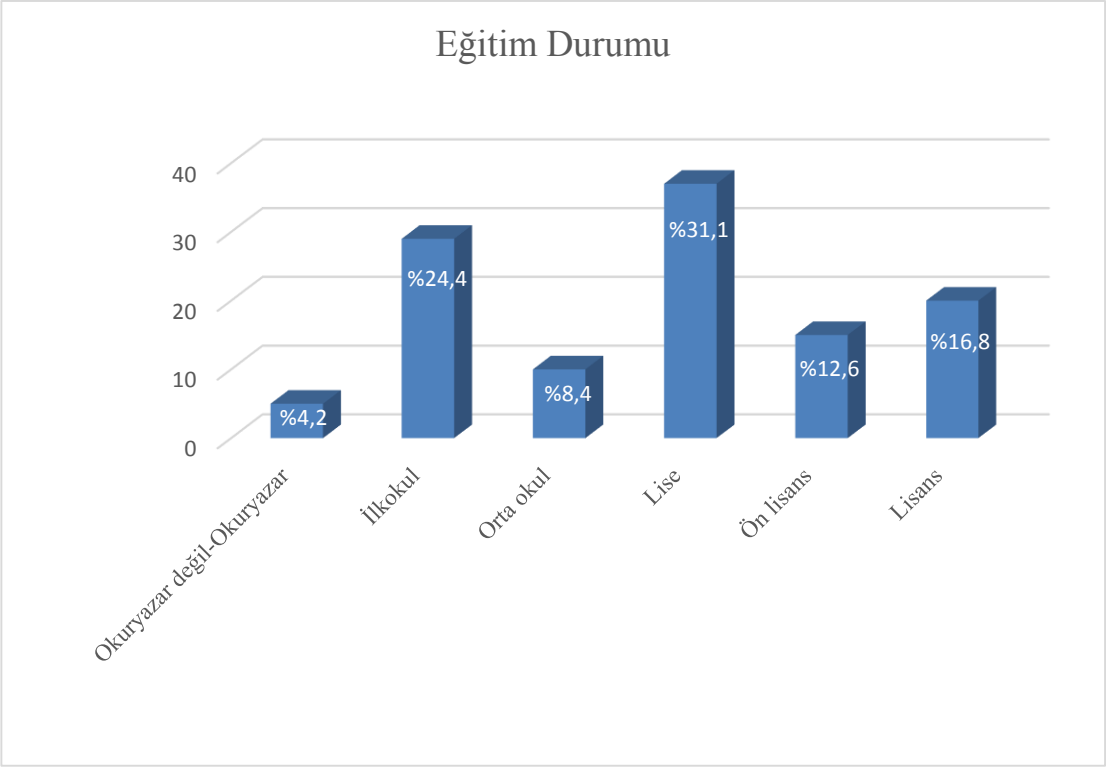
Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p>0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

Bu araştırma Mayıs 2014-Temmuz 2014 tarihleri arasında TÜHÜYTM'ye çocuk sahibi olabilme istemiyle başvuran ve infertilite tanısı almış kadın hastalarda yapıldı. Toplam 148 hasta çalışmaya davet edildi ve sadece katılmayı kabul eden 119 hastanın verileri değerlendirilmeye alındı.

Katılımcıların yaşları ortalama 31,74±5,49 yıl (en düşük 21, en yüksek 45 yıl) olarak bulundu.

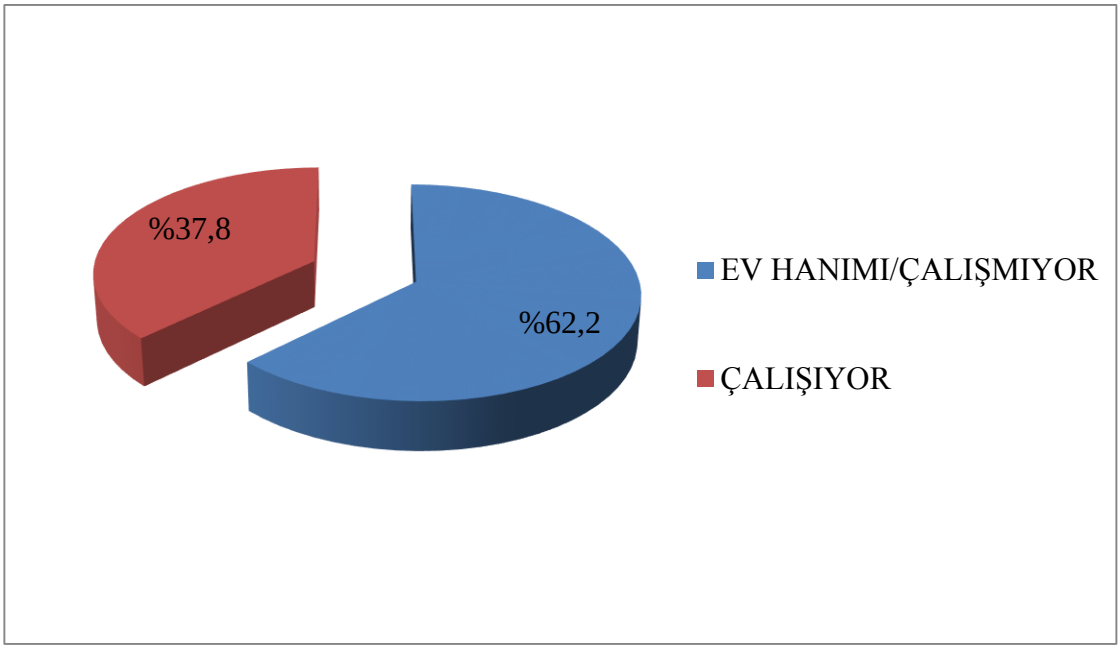
Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında, okuryazar-okuryazar olmayan 5 (%4,2), ilkokul mezunu olan 29 (%24,4), ortaokul mezunu olan 10 (%8,4), lise mezunu olan 37 (%31,1), ön lisans mezunu olan 15 (%12,6) ve lisans mezunu olan 20 (%16,8), yüksek lisans yapan 3 (%2,5) kişi idi. Katılımcıların öğrenim durumları Şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların yaşadıkları yer incelendiğinde; 32 (%26,9) kişi kırsalda, 81 (%68,1) kişi şehirde, 6(%5) kişi de büyükşehirde yaşamakta idi. Katılımcıların aile biçimleri incelendiğinde; 96 (%80,7) kişi çekirdek aile, 20 (%16,8) kişi eşinin ailesi ile birlikte, 3 (%2,5) kişi kendi ailesi ile birlikte yaşamakta idi.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde; 74 (%62,2) kişi ev hanımı veya çalışmıyor iken, 45 (%37,8) kişi çalışıyordu. Çalışan katılımcıların 26'sı (%21,6) işçi, 7'si (%5,9) öğretmen, 2'si (%1,7) memur, 8'i (%6,7) sağlık çalışanı, 1'i (0,8) muhasebeci, 1'i de (%0,8) serbest meslek mensubu idi. Katılımcıların 114'ünün (%95,8) sosyal güvencesi vardı, 5'inin (%4,2) herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. Katılımcıların çalışma durumları Şekil 2'de gösterildi.



Şekil 2. Katılımcıların çalışma durumlarına göre dağılımları

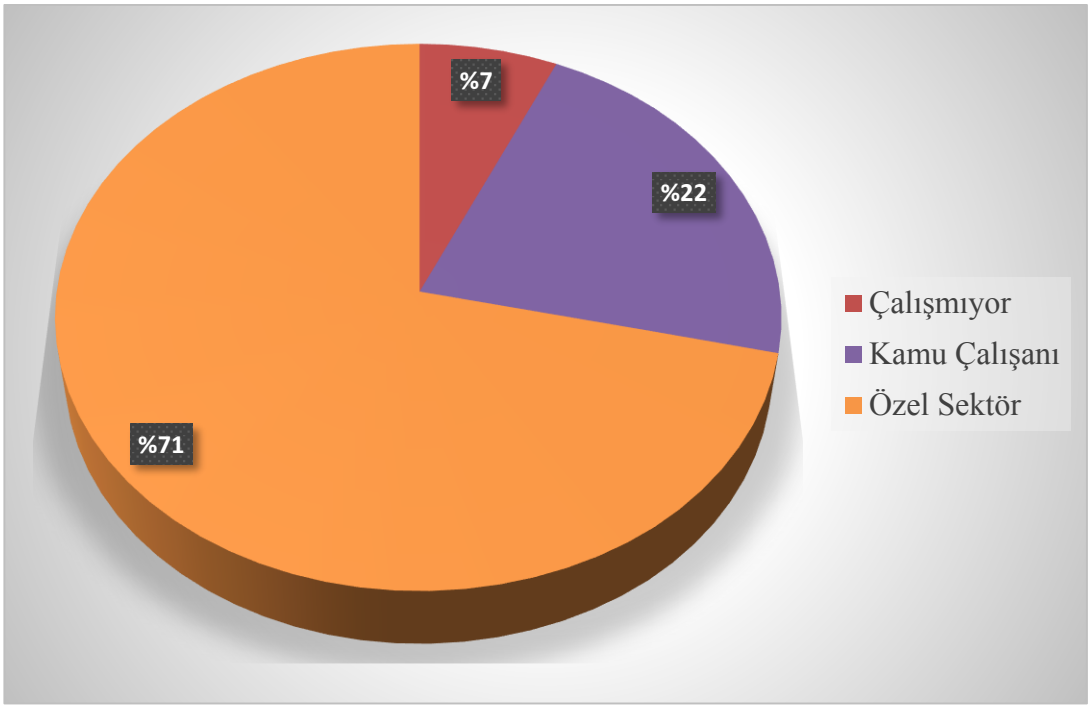
Katılımcıların ortalama evlilik yaşları 25,34±5,7 idi (en düşük 18, en yüksek 43). Katılımcıların evlilik biçimi incelendiğinde 2'si (%1,7) görücü usulü istemeden, 17'si (14,3) görücü usulü isteyerek, 100'ü (%84) tanışarak evlendiği saptandı.

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu incelendiğinde; 8 (%6,7) kişi çalışmıyor, 111 (%93,3) kişi çalışıyor idi.

Aylık gelir düzeyleri katılımcıların 44'ünde (%37) 1000 TL ve altı, 59'unda (%49,6) 1000-3000 TL, 13'ünde (%10,9) 3000-5000 TL, 3'ünde (%2,5) 5000 TL ve üzeri şeklinde dağılmaktaydı.

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, sadece okuryazar olan ve okuryazar olmayan 0 (%0), ilkokul mezunu olan 24 (%20,2), ortaokul mezunu olan 20 (%16,8), lise mezunu olan 40 (%33,6), ön lisans mezunu olan 8 (%6,7), lisans mezunu olan 22 (%18,5) ve yüksek lisans mezunu olan 5 (%4,2) kişi idi.

Eşlerinin mesleklerine bakıldığında; katılımcıların eşlerinden 8'i (%6,7) işsiz, 8'i (%6,7) memur, 68'i (%57,1) işçi, 4'ü (%3,4) çiftçi, 1'i (%0,8) öğretmen, 2'si (%1,7) polis, 3'ü (%2,5) sağlık çalışanı, 2'si muhasebe, işletme ve maliyeci, 4'ü (%3,4) mühendis, 13'ü (%10,9) serbest meslek gruplarındaydı. Dağılımları Şekil 3'te gösterildi.

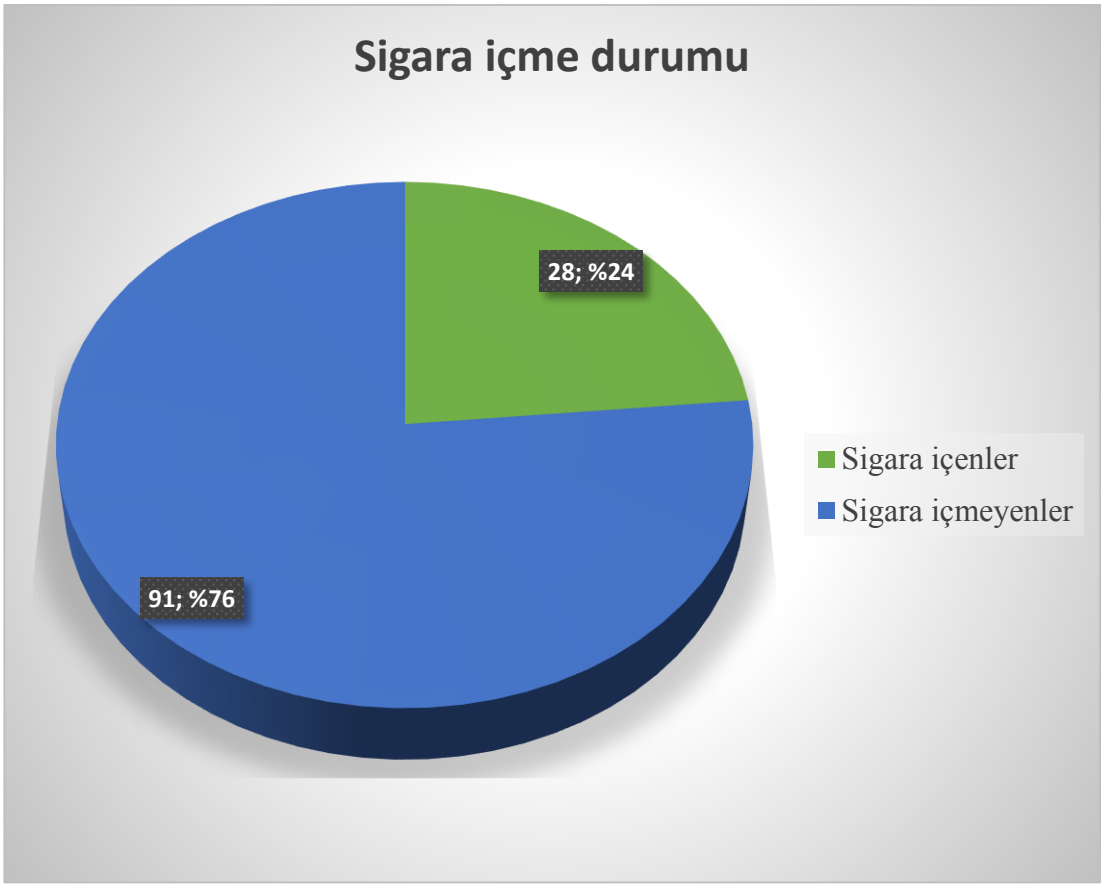


Şekil 3. Katılımcıların eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların tedavi masraflarının karşılanma durumu incelendiğinde; 22 kişinin (%18,5) kendisi, 52 kişinin (%43,7) sosyal güvencesi, 41 kişinin (%34,5) kendisi ve sosyal güvencesi, 4 kişinin (%3,4) aile ve yakınları tedavi masraflarını karşılamakta idi.

Katılımcılarda mevcut olan kronik hastalık varlığı incelendiğinde; 109 kişide (%91,6) tanı alınan herhangi bir kronik hastalık olmadığı, 10 kişide (%8,4) çeşitli kronik hastalıkların mevcut olduğu saptandı. Kronik hastalığı bulunan katılımcılardan 1 kişide (%0,8) hipertansiyon, 1 kişide (%0,8) diabetes mellitus, 2 kişide (%1,7) epilepsi, 2 kişide (%1,7) tiroid fonksiyon bozukluğu, 2 kişide (%1,7) hepatit, 1 kişide (0,8) kardiyovasküler hastalık, 1 kişide (%0,8) romatolojik hastalık mevcut idi.

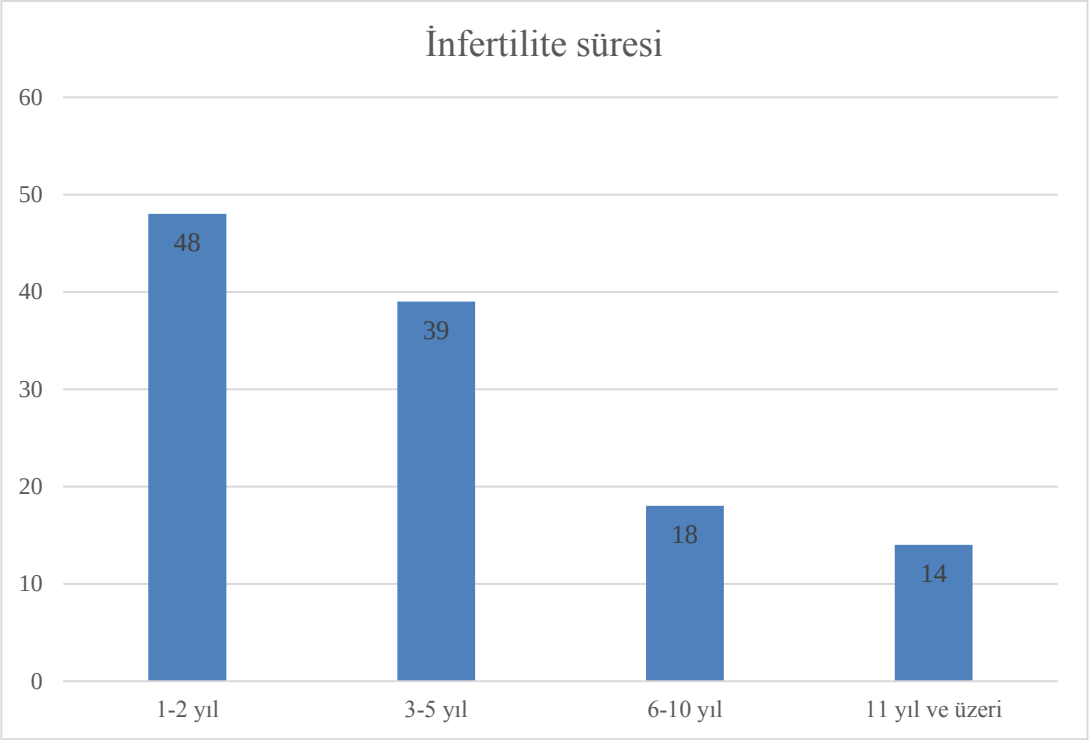
Katılımcılardan sigara kullanan 28 (%23,5) kişi vardı. İçilen günlük sigara miktarı 1-30 arasında değişmekte olup ortalama miktar ise 11±7,65 idi. Sigara kullanan katılımcıların sigara kullanma süreleri 2-25 yıl arasında değişmekte olup ortalama 11,71±6,4 yıl idi. Alkol kullanan katılımcı yoktu. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımları Şekil 4'te gösterildi.



Şekil 4. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların menstruasyon düzeni incelendiğinde; 23 kişinin (%19,3) menstruasyonlarının düzenli olmadığı, 96 kişinin (%80,7) düzenli menstruasyon olduğu saptandı.

Katılımcıların infertilite süreleri incelendiğinde; 48 kişinin (%40,3) infertilite süresi 1-2 yıl arasında, 39 kişinin (%32,8) 3-5 yıl arasında, 18 kişinin (%15,1) 6-10 yıl arasında, 14 kişinin (%11,8) 11 yıl ve üzerinde olduğu saptandı. Katılımcıların infertilite sebebi incelendiğinde; 110'unda (%92,4) primer infertilite, 9'unda (%7,6) sekonder infertilite mevcut idi. Katılımcıların infertilite sürelerine göre dağılımları Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların infertilite sürelerine göre dağılımları

Katılımcıların infertilite etiyolojisi incelendiğinde; katılımcıların 67'sinin (%56,3) infertilite sebebinin bilinmediği, 52'sinin (%43,7) infertilite sebebinin bilinmekte olduğu saptandı. İnfertilite etiyolojisi bilinen katılımcıların infertilite nedenleri incelendiğinde; 15 kişide (%12,6) kadın faktörü, 31 kişide (%26,1) erkek faktörü, 6 kişide hem kadın hem de erkek faktörü nedenli infertilite mevcut idi. Katılımcıların 82'sinin (%68,9) eşinde infertilite tanısının mevcut olmadığı, 37'sinin (%31,1) eşinde infertilite tanısının mevcut olduğu saptandı.

Katılımcıların infertilite nedeni ile aldıkları tedavi süreleri incelendiğinde; 54 kişi (%45,4) 1 yıldan az süredir, 24 kişi (%20,2) 1-2 yıl arasında, 22 kişi (%18,5) 3-5 yıl arasında, 10 kişi (%8,4) 6-10 yıl arasında, 9 kişi (%7,6) 11 yıl ve üzerinde tedavi olmakta idi.

Katılımcıların tedavi ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde; 31 kişinin (%26,1) tedavi ile ilgili bilgisinin olmadığı, 37 kişinin (%31,1) tedavi ile ilgili yetersiz bilgisinin olduğu, 51 kişinin (%42,9) tedavi bilgisinin mevcut olduğu saptandı.

Katılımcıların önceden infertilite ile ilgili girişimsel yöntemler dışında tedavi yöntemi kullanım durumları incelendiğinde; 53 kişinin (%44,5) daha önce tedavi yöntemi kullanımı mevcut değilken, 66 kişinin (%55,5) daha önce tedavi yöntemi kullanımı mevcut idi.

Katılımcıların FertiQol ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çekirdek FertiQol puanları

	*Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Q1	119	0	4	2,42	1,211
Q2	119	0	4	2,55	1,300
Q3	119	0	4	2,63	1,248
Q4	119	0	4	2,39	1,303
Q5	119	0	4	2,73	,880
Q6	119	0	4	2,93	,800
Q7	119	0	4	2,84	1,127
Q8	119	0	4	2,08	1,190
Q9	119	0	4	1,95	1,111
Q10	119	0	4	3,29	1,076
Q11	119	0	4	3,73	,778
Q12	119	0	4	3,28	1,008
Q13	119	0	4	3,09	1,242
Q14	119	0	4	2,71	1,391
Q15	119	0	4	2,48	1,294
Q16	119	0	4	2,61	1,091
Q17	119	0	4	3,03	1,112
Q18	119	0	4	2,88	1,121
Q19	119	0	4	3,56	,766
Q20	119	0	4	3,24	1,193
Q21	119	0	4	3,34	,961
Q22	119	0	4	2,59	1,411
Q23	119	0	4	2,73	1,287
Q24	119	0	4	3,24	1,102
Geçerli	119				

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) * Frekans Analizi

Katılımcıların çekirdek FertiQol ölçeğinin alt ölçek puanları incelendiğinde; duygusal alt ölçek puanları ortalama 60,85±20,36 (en düşük 8,33, en yüksek 100), akıl-beden alt ölçeği puanları ortalama 70,79±19,65 (en düşük 8,33, en yüksek 100), ilişkisel alt ölçek puanları ortalama 71,19±14,88 (en düşük 31,25, en yüksek 96,88) ve sosyal alt ölçek puanları ortalama 72,72±18,81 (en düşük 12,5, en yüksek 100) idi.

Tablo 2. FertiQol tedavi modülü puanları

	*Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
T1	119	0	4	2,39	1,209
T2	119	0	4	2,89	1,023
T3	119	0	4	3,09	1,112
T4	119	0	4	3,04	1,210
T5	119	0	4	1,72	1,248
T6	119	0	4	2,90	1,153
T7	119	0	4	2,24	,909
T8	119	0	4	2,63	,812
T9	119	0	4	2,63	,746
T10	119	1	4	2,91	,736
Geçerli	119				

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) * Frekans Analizi

Katılımcıların FertiQol tedavi modülü alt ölçek puanları incelendiğinde; çevre alt ölçeğinin puanları ortalama 62,57±14,60 (en düşük 12,5, en yüksek 95,83) ve dayanma gücü alt ölçeğinin puanları ortalama 71,42±20,18 (en düşük 12,5, en yüksek 100) idi.

Katılımcıların FertiQol ölçeğinden aldığı puanlar incelendiğinde; çekirdek FeritiQol ve tedavi modülü puanları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Çekirdek FertiQol ve tedavi modülü puanları

	*Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Çekirdek FertiQol Toplam Puan	119	31,25	96,88	71,1932	14,88838
FertiQol Tedavi Modülü Toplam Puan	119	30,00	90,00	66,1134	12,75875
FertiQol Toplam Puan	119	36,03	94,12	69,6985	12,61988
Geçerli Sayı	119				

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) * Frekans Analizi

Katılımcıların FertiQol puanları ile bağımsız değişkenler olan katılımcıların yaş grupları (Pearson $\chi2$=39,734; p=0,655), evlenme yaşları (Pearson $\chi2$=40,897; p=0,605), sağlık güvencesi durumları (Pearson $\chi2$=3,590; p=0,166), aile biçimleri (Pearson $\chi2$=4,038; p=0,401), evlilik biçimleri (Pearson $\chi2$=2,532; p=0,639), yaşadıkları yer (Pearson $\chi2$=3,328; p=0,505) ve hanenin aylık gelir düzeyi (Pearson $\chi2$=2,611; p=0,856) ile ilişkilerine bakıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi.

Katılımcıların FertiQol puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir.

Katılımcıların FertiQol puanları ile katılımcıların eğitim durumları (Pearson $\chi2$=12,153; p=0,433), meslekleri (Pearson $\chi2$=2,653; p=0,265), eşlerinin eğitim durumları (Pearson $\chi2$=8,534; p=0,577), eşlerinin çalışma durumları (Pearson $\chi2$=3,436; p=0,179), eşlerinin meslekleri (Pearson $\chi2$=4,451; p=0,348), tedavi masraflarının karşılanma durumları (Pearson $\chi2$=9,436; p=0,150) ve kronik hastalık durumları (Pearson $\chi2$=3,368; p=0,186) ile ilişkilerine bakıldığında anlamlı farklılık görülmediği tespit edildi.

Katılımcıların FertiQol puanları ile katılımcıların infertilite süreleri (Pearson $\chi2$=11,333; p=0,079), infertilite sebepleri (Pearson $\chi2$=2,834; p=0,242), eşlerinin infertilite tanı durumları (Pearson $\chi2$=0,758; p=0,684), infertilite etiyolojileri (Pearson $\chi2$=2,014; p=0,918), bilinen infertilite etiyolojisi durumları (Pearson $\chi2$=0,159; p=0,923), infertilite tedavi süreleri (Pearson $\chi2$=6,069; p=0,640), tedavi ile ilgili bilgi düzeyi durumları (Pearson

$\chi 2$=3,197; p=0,525) ve düzenli menstruasyon durumları (Pearson $\chi 2$=1,669; p=0,434) ile ilişkilerine bakıldığında anlamlı farklılık görülmediği tespit edildi.

Katılımcıların FertiQol puanları ile sigara içme durumları (Pearson $\chi 2$=9,386; p=0,009) ile ilişkilerine bakıldığında anlamlı farklılık görüldüğü tespit edildi.

Tablo 4. Katılımcıların FertiQol puanları ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkisi-1

		FertiQol Puanları				
		57,08 puan ve altı (n=21)	**57,09-82,31 puan (n=77)**	**82,32 puan ve üzeri (n=21)**	**Toplam (n=119)**	
Yaş grupları	**18-24 yaş**	3 (%30,0)	5 (%50,0)	2 (%20,0)	10 (%8,4)	*Pearson $\chi 2$=1,571; p=0,814
	25-34 yaş	11 (%15,5)	48 (%67,6)	12 (%16,9)	71 (%59,7)	
	35 yaş ve üzeri	7 (%18,4)	24 (%63,2)	7 (%18,4)	38 (%31,9)	
Evlenme yaşı	**18-24 yaş**	10 (%15,9)	44 (%69,8)	9 (%14,3)	63 (%52,9)	*Pearson $\chi 2$=8,115; p=0,087
	25-34 yaş	11 (%22,9)	29 (%60,4)	8 (%16,7)	48 (%40,3)	
	35 yaş ve üzeri	0 (%0,0)	4 (%50,0)	4 (%50,0)	8 (%6,7)	
Sağlık güvencesi	**Yok**	2 (%50,0)	1 (%25,0)	1 (%25,0)	4 (%3,4)	*Pearson $\chi 2$=3,590; p=0,166
	Var	19 (%16,5)	76 (%66,1)	20 (%17,4)	115 (%96,6)	
Aile biçimi	**Çekirdek aile**	19 (%19,8)	59 (%61,5)	18 (%18,8)	96 (%80,7)	*Pearson $\chi 2$=4,038; p=0,401
	Eş ailesi ile	1 (%5)	16 (%80,0)	3 (%15,0)	20 (%16,8)	
	Kendi ailesi ile	1 (%33,3)	2 (%66,7)	0 (%0,0)	3 (%2,5)	
Evlilik biçimi	**Görücü usulü-istemeden**	1 (%50,0)	1 (%50,0)	0 (%0,0)	2 (%1,7)	*Pearson $\chi 2$=2,532; p=0,639
	Görücü usulü-isteyerek	4 (%23,5)	11 (%64,7)	2 (%11,8)	17 (%14,3)	
	Tanışarak	16 (%16,0)	65 (%65,0)	19 (%19,0)	100 (%84,0)	
Yaşadığı yer	**Kırsal**	6 (%18,8)	22 (%68,8)	4 (%12,5)	32 (%26,9)	*Pearson $\chi 2$=3,328; p=0,505
	Şehir	13 (%16,0)	53 (%65,4)	15 (%18,5)	81 (%68,1)	
	Büyükşehir	2 (%33,3)	2 (%33,3)	2 (%33,3)	6 (%5,0)	
Gelir durumu	**1000 TL ve altı**	9 (%20,5)	28 (%63,6)	7 (%15,9)	44 (%37,0)	*Pearson $\chi 2$=2,611; p=0,856
	1000-3000 TL	10 (%16,9)	39 (%66,1)	10 (%16,9)	59 (%49,6)	
	3000-5000 TL	1 (%7,7)	9 (%69,2)	3 (%23,1)	13 (%10,9)	
	5000 TL ve üzeri	1 (%33,3)	1 (%33,3)	1 (%33,3)	3 (%2,5)	

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) *Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 5. Katılımcıların FertiQol puanları ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkisi-2

		FertiQol Puanları				
		57,08 puan ve altı (n=21)	**57,09-82,31 puan (n=77)**	**82,32 puan ve üzeri (n=21)**	**Toplam (n=119)**	
Eğitim durumu	**Okuryazar değil-Okuryazar**	3 (%60,0)	1 (%20,0)	1 (%20,0)	5 (%4,2)	*Pearson $\chi2$=12,153; p=0,433
	İlkokul	5 (%17,2)	20 (%69,0)	4 (%13,8)	29 (%24,4)	
	Orta okul	0 (%0,0)	9 (%90,0)	1 (%10,0)	10 (%8,4)	
	Lise	7 (%18,9)	23 (%62,2)	7 (%18,9)	37 (%31,1)	
	Ön lisans	2 (%13,3)	9 (%60,0)	4 (%26,7)	15 (%12,6)	
	Lisans	3 (%15,0)	13 (%65,0)	4 (%20,0)	20 (%16,8)	
	Yüksek lisans	1 (%33,3)	2 (%66,7)	0 (%0,0)	3 (%2,5)	
Meslek	**Ev hanımı**	16 (%21,6)	47 (%63,5)	11 (%14,9)	74 (%62,2)	*Pearson $\chi2$=2,653; p=0,265
	Çalışıyor	5 (%11,1)	30 (%66,7)	10 (%22,2)	45 (%37,8)	
Eşlerin çalışma durumu	**Çalışmıyor**	0 (%0,0)	5 (%62,5)	3 (%37,5)	8 (%6,7)	*Pearson $\chi2$=4,451; p=0,348
	Kamu çalışanı	4 (%15,4)	19 (%73,1)	3 (%11,5)	26 (%21,8)	
	Özel sektör	17 (%20,0)	53 (%62,4)	15 (%17,6)	85 (%71,4)	
Eşlerin eğitim durumu	**İlkokul**	5 (%20,8)	16 (%66,7)	3 (%12,5)	24 (%20,2)	*Pearson $\chi2$=8,534; p=0,577
	Ortaokul	5 (%25,0)	12 (%60,0)	3 (%15)	20 (%16,8)	
	Lise	5 (%12,5)	29 (72,5)	6 (%15,0)	40 (%33,6)	
	Ön lisans	2 (%25,0)	3 (%37,5)	3 (%37,5)	8 (%6,7)	
	Lisans	2 (%9,1)	15 (%68,2)	5 (%22,7)	22 (%18,5)	
	Yüksek lisans	2 (%40,0)	2 (%40,0)	1 (%20,0)	5 (%4,2)	
Eşlerin meslekleri	**Çalışmıyor**	0 (%0,0)	5 (%62,5)	3 (%37,5)	8 (%6,7)	*Pearson $\chi2$=4,451; p=0,348
	Kamu çalışanı	4 (%15,4)	19 (%73,1)	3 (%11,5)	26 (%21,8)	
	Özel sektör çalışanı	17 (%20,0)	53 (%62,4)	15 (%17,6)	85 (%71,4)	
Tedavi masraflarının karşılanma durumu	**Kendisi**	7 (%31,8)	12 (%54,5)	3 (%13,6)	22 (%18,5)	*Pearson $\chi2$=9,436; p=0,150
	Sosyal güvence	8 (%15,4)	38 (%73,1)	6 (%11,5)	52 (%43,7)	
	Kendisi ve sosyal güvence	6 (%14,6)	25 (%61,0)	10 (%24,4)	41 (%34,5)	
	Aile ve yakınları	0 (%0,0)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	4 (%3,4)	
Kronik hastalık durumu	**Yok**	20 (%18,3)	68 (%62,4)	21 (%19,3)	109 (%91,6)	*Pearson $\chi2$=3,368; p=0,186
	Var	1 (%10,0)	9 (%90,0)	0 (%0,0)	10 (%8,4)	

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) *Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 6. Katılımcıların FertiQol puanları ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkisi-3

		FertiQol Puanları				
		57,08 puan ve altı (n=21)	**57,09-82,31 puan (n=77)**	**82,32 puan ve üzeri (n=21)**	**Toplam (n=119)**	
İnfertilite süreleri	**1-2 yıl**	6 (%12,5)	31 (%64,6)	11 (%22,9)	48 (%40,3)	*Pearson $\chi2$=11,333; p=0,079
	3-5 yıl	8 (%20,5)	24 (%61,5)	7 (%17,9)	39 (%32,8)	
	6-10 yıl	1 (%5,6)	14 (%77,8)	3 (%16,7)	18 (%15,1)	
	11 yıl ve üzeri	6 (%42,9)	8 (%57,1)	0 (%0,0)	14 (%11,8)	
İnfertilite sebebi	**Primer**	21 (%19,1)	69 (%62,7)	20 (%18,2)	110 (%92,4)	*Pearson $\chi2$=9,436; p=0,150
	Sekonder	0 (%0,0)	8 (%88,9)	1 (%11,1)	9 (%7,6)	
İnfertilite etiyolojisi bilinme durumu	**Hayır**	11 (%16,4)	44 (%65,7)	12 (%17,9)	67 (%56,3)	*Pearson $\chi2$=0,159; p=0,923
	Evet	10 (%19,2)	33 (%63,5)	9 (%17,3)	52 (%43,7)	
Etiyoloji durumu	**Bilinmeyen**	11 (%16,4)	44 (%65,7)	12 (%17,9)	67 (%56,3)	*Pearson $\chi2$=2,014; p=0,918
	Kadın faktörü	3 (%20,0)	11 (%73,3)	1 (%6,7)	15 (%12,6)	
	Erkek faktörü	6 (%19,4)	18 (%58,1)	7 (%22,6)	31 (%26,1)	
	Kadın ve erkek faktörü	1 (%16,7)	4 (%66,7)	1 (%16,7)	6 (%5,0)	
İnfertilite tedavi süresi	**1 yıldan az**	7 (%13,0)	34 (%63,0)	13 (%24,1)	54 (%45,4)	*Pearson $\chi2$=9,436; p=0,150
	1-2 yıl	4 (%16,7)	17 (%70,8)	3 (%12,5)	24 (%20,2)	
	3-5 yıl	5 (%22,7)	13 (%59,1)	4 (%18,2)	22 (%18,5)	
	6-10 yıl	3 (%30,0)	6 (%60,0)	1 (%10,0)	10 (%8,4)	
	11 yıl ve üzeri	2 (%22,2)	7 (%77,8)	0 (%0,0)	9 (%7,6)	
Tedavi bilgi durumu	**Yok**	8 (%25,8)	20 (%64,5)	3 (%9,7)	31 (%26,1)	*Pearson $\chi2$=9,436; p=0,150
	Var	8 (%15,7)	33 (%64,7)	10 (%19,6)	51 (%42,9)	
	Yetersiz	5 (%13,5)	24 (%64,9)	8 (%21,6)	37 (%31,1)	
Düzenli menstruasyon	**Yok**	5 (%21,7)	16 (%69,6)	2 (%8,7)	23 (%19,3)	*Pearson $\chi2$=1,669; p=0,434
	Var	16 (%16,7)	61 (%63,5)	19 (%19,8)	96 (%80,7)	
Sigara	**Yok**	11 (%12,1)	61 (%67,0)	19 (%20,9)	91 (%76,5)	*Pearson $\chi2$=9,386; p=0,009
	Var	10 (%35,7)	16 (%57,1)	2 (%7,1)	28 (%23,5)	

FertiQol: Doğurganlık Surunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (Fertility Quality of Life) *Pearson Ki-Kare Testi

Mann Whitney U testi ile sigara kullanan katılımcılarda FeriQol ölçeğinden alınan yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmış olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004).

Katılımcıların evlenme yaşları incelendiğinde; %52,9'unun 18-24 yaş arasında, %40,3'ünün 25-34 yaş arasında, %6,7'sinin 35 yaş ve üzerinde evlendiği bulunmuştur. Kruskal Wallis testi ile evlenme yaşı ve yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; evlenme yaşı azaldıkça FertiQol ölçeğinden alınan yaşam kalitesi puanlarının özellikle duygusal ve ilişkisel alt ölçeklerde belirgin olmak üzere azaldığı saptanmıştır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045).

Katılımcıların infertilite süreleri Kruskal Wallis testi ile incelendiğinde; infertilite süresi uzadıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü tespit edilmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025).

TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde çocuk evliliğin önemli bir bileşenidir. Çoğu evlilikte aileler ve sosyal çevre çocuksuz çiftler üzerinde baskı kurmaktadır. İnfertilite tanısı alanlarda çocuk sahibi olma baskısı diğer çiftlere göre daha yoğundur. İnfertilite tedavisinin ise psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri olmakta, özellikle erkek tarafından bu tanının kabul edilmediği bazı toplumlarda, tedavi gecikebilmekte ve bu durum da kadın üzerinde artı bir yük oluşturmaktadır. İnfertilite tanı ve tedavisinin çiftler arasında bozulmuş yaşam kalitesine yol açabildiği düşünülmektedir. İnfertilite sadece bir sağlık sorunu değil, yaşam krizine neden olabilecek bir stresör olarak kabul edilmektedir (25). Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan inceleme ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve emosyonel enerjisini tüketerek cinsel işlev bozukluğu, depresyon, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (32). Bu durum infertilitenin sebebi olabildiği gibi infertilite ve tedavisi için yapılan uygulamaların sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (33). Kadınlar infertiliteye erkeklerden daha fazla tepki gösterebilmektedir (34). Çeşitli infertilite çalışmaları stres veya diğer negatif psikososyal faktörlerin insanlarda fertilite potansiyelini azaltabildiğini ve/veya gebeliği engelleyebildiğini göstermektedir (35). Özçelik ve ark. (36) tedavi edilmekte olan infertilite tanılı kadınlarda gebe kalma oranlarındaki düşüklük ile depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Duygusal durumun gebelik oluşmasına herhangi bir etkisinin olmadığını belirten araştırmaların tersine kadınların kaygı düzeyinin yüksek olmasının ve depresif semptomlarının şiddetli olmasının gebelik şansını azaltabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (24).

Bu sebeple üremeye yardımcı teknikler merkezlerine veya birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara başvuru sırasında destek verilmesinin gebelik şansını arttırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalamaları 31,74±5,49 yıl idi. İspanya'da FertiQol ölçeği ile 61 kadın katılımcıyla yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 33,34±4,63 olarak bulunmuştur (37). Karabulut ve ark. (31) Denizli'de FertiQol ölçeği ile yaptıkları çalışmalarında primer infertilite tanılı katılımcıların yaş ortalamasını 27,40±5,76 ve sekonder infertilite tanılı katılımcıların yaş ortalamasını 32,03±4,22 olarak saptamışlardır. Aarts ve ark. (38) Hollanda'da FertiQol ölçeği ile yaptıkları çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamasını 32,9±4,5 olarak bulmuşlardır. Lopes ve ark. (28) araştırmalarında yaş ortalamasını 33,06±3,57 saptamışlardır. Keskin ve Babacan Gümüş (32) İzmir'de yaptıkları bir çalışmada infertilite tanılı katılımcıların yaş ortalamasını 32,21±4,73 olarak tespit etmiştir. Tüzer ve ark. (21) bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptıkları bir araştırmada infertilite tanılı kadınların yaş ortalamasının 30,96±6,27 olduğunu saptamışlardır. Ünal ve ark. (2) çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamasını 30,2±5,5 olarak bulmuşlardır. Günümüzde kadınların büyük bir çoğunluğu çocuk sahibi olma isteklerini yaşamlarının ileri yaşlarına ertelemektedir. Özellikle yükseköğrenim gören veya çalışan kadınlar otuzlu kırklı yaşlarda çocuk sahibi olmayı istemektedir. Oysaki doğurganlığın en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlardır. Türkiye istatistik kurumu 2013 verilerine göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubundadır. Yaşın ilerlemesi ve çeşitli endokrinolojik değişiklikler nedeniyle, ovaryan volümde, foliküllerin sayısında ve oosit kalitesinde azalma gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Batı ülkelerinde, kadınların yaklaşık %20'si 35 yaş sonrasında aile kurmayı planlamaktadır. Bu kararda etkili olan ve modern yaşamın getirdiği; öncelikle kariyer sahibi olmak, sağlıklı bir birlikteliği beklemek, maddi anlamda yaşamlarını güvenceye almak ya da evlilik isteğinden emin olamamak gibi birçok sosyal etken vardır (39).

Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında %4,2'si okuryazar değil veya okuryazar, %24,4'ü ilkokul mezunu, %8,4'ü ortaokul mezunu, %31,1'i lise mezunu ve %12,6'sı önlisans mezunu, %16,8'i lisans mezunu ve %2,5'i yüksek lisans mezunu idi. Aarts ve ark. (38) çalışmalarında katılımcıların %42'sinin yüksek eğitim seviyesine sahip olduğunu saptamışlardır. Lopes ve ark. (28) lise ve üniversite eğitimi olan katılımcıların oranını %52 olarak bulmuşlardır. Oğuz'un (40) İstanbul'da yaptığı çalışmada infertilite tanılı katılımcıların % 47,4'ü okuryazar veya ilkokul mezunu, %26,3'ü ortaokul veya lise mezunu, %26,3'ü

yüksekokul olduğu bulunmuştur. Ünal ve ark. (2) yaptıkları araştırmada katılımcılarının %13,9'unu üniversite mezunu olarak saptamışlardır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) verilerine göre kadınlarda ortaokul veya lise mezunu oranına bakıldığında %48 olduğunu görüyoruz (41). Araştırmamıza katılan kadınların eğitim seviyeleri bu gerçeği yansıtmaktadır.

Çalışmamıza katılan gönüllülerin %62,2'si ev hanımı veya çalışmıyor iken %37,8'i bir meslekle uğraşmaktadır. Oğuz (40) İstanbul'da infertilite tanılı kadınlarda yaptığı çalışmada katılımcıların %55,3'ünün ev hanımı, %44,7'sinin meslek sahibi olduğunu tespit etmiştir. Ünal ve ark. (2) çalışan katılımcı sayısını %23,5 olarak hesaplamışlardır. Aradaki fark yıllar içinde kadınların çalışma tercihlerinde değişiklik olmasından kaynaklanabilir. İspanya'da FertiQol ölçeği ile yapılan bir çalışmada ise çalışan kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (37).

Araştırmaya katılan infertilite tanılı kadınların medeni durumları incelendiğinde tamamı evliydi. Bu durum Türk toplumunun dini ve ahlaki inanışları gereği evlilik dışı çocuk sahibi olmanın iyi karşılanmadığından ve araştırmanın yapıldığı merkezde hastaların tedavi masraflarının sosyal güvence ile karşılanabilmesi için evlilik ile ilgili resmi belgelerin sorgulanmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %37'si 1000 TL ve altı, %49,6'sı 1000-3000 TL arası, %10,9'u 3000-5000 TL, %2,5'i 5000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahipti. Oğuz'un (40) İstanbul'da yaptığı çalışmasında katılımcıların %50'si 500 TL altında, %42,1'i 500-1000 TL arasında, %7,9'u 1000 TL üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Arslan'ın (42) Edirne ilinde 2012 yılında yaptığı çalışmada ortalama gelir düzeyi 1799 TL olarak bulmuştu. Bu durum bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yer incelendiğinde %26,9'unun kırsalda, %68,1'inin şehirde, %5'inin büyükşehirde yaşadığı saptanmıştır. Keskin ve Babacan Gümüş (32) İzmir'de yaptıkları bir çalışmada infertilite tanılı katılımcıların %35,8'inin kırsalda, %64,2'sinin şehirde yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Oğuz (40) İstanbul'da infertilite tanılı kadınlarda yaptığı çalışmada katılımcıların %26,3'ünün kırsalda, %42,1'inin şehirde, %31,6'sının büyükşehirde yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Çalışma infertilite ile ilgili yapılan diğer çalışmalarla dağılım açısından benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların aile biçimleri incelendiğinde %80,7'sinin çekirdek aile olarak, %16,8'inin eşinin ailesi ile birlikte, %2,5'inin kendi ailesi ile birlikte yaşadıkları tespit edilmiştir. Oğuz (40) İstanbul'da infertilite tanılı kadınlarda yaptığı çalışmada katılımcıların %81,6'sının çekirdek aile, %13,2'sinin eşinin ailesi ile birlikte, %5,3'ünün kendi ailesi ile birlikte yaşadıklarını saptamış olup bu bulgular bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Denizli'de yapılan bir çalışmada da geniş ailede yaşayanların yaşam kalitesi puanları özellikle duygusal alt ölçekte daha düşük saptanmış olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (31). Bu durum geniş ailede yaşayanlarda, aile büyükleri tarafından kadına gebelik beklentisi yönünde yapılan baskıdan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sigara kullananların oranını %23,5 olarak saptadık. Oğuz (40) ise yaptığı çalışmasında sigara içenlerin oranını %88,9 olarak tespit etmiştir. Sigara içme durumu ile yaşam kalitesi puanlarının azaldığı saptanmış olup bu durumun ülke çapında sigara bıraktırıcı faaliyetlerin arttırılması neticesinde yaşam kalitesine olumlu etki edebileceği düşünülmektedir. Temel sağlık hizmeti ilkeleri doğrultusunda hizmet veren, hastalarına bütüncül yaklaşımı benimseyen ve yaşam tarzı değişikliklerinin desteklendiği primer basamak olan aile hekimliği bu konuda kilit rol oynamaktadır.

Katılımcıların evlilik biçimileri incelendiğinde %1,7'sinin görücü usulü istemeden, %14,3'ünün görücü usulü isteyerek, %84'ünün tanışarak evlendiği saptanmıştır. Oğuz (40) ise İstanbul'da yaptığı çalışmasında katılımcıların %10,5'inin istemeden, %42,1'inin isteyerek, %47,4'ünün tanışarak evlendiğini tespit etmiştir. Bu oranların birbirinden farklı olması çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel olarak farklı olmasından kaynaklanabilir.

Katılımcıların evlenme yaşları incelendiğinde %52,9'unun 18-24 yaş arasında, %40,3'ünün 25-34 yaş arasında, %6,7'sinin 35 yaş ve üzerinde evlendiği bulunmuştur. Evlenme yaşı azaldıkça FertiQol ölçeğinden alınan yaşam kalitesi puanlarının azaldığı saptanmıştır.

FertiQol puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkileri araştırıldığında; yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile biçimi, meslek, sağlık güvencesi olup olmaması, evlilik biçimi, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, aylık gelir durumu, tedavi masraflarının karşılanması, herhangi bir kronik hastalığın olup olmaması, infertilite sebebi, infertilite tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi ve eşte infertilite tanısının olup olmamasının FertiQol puanlarına

etki etmediği, sigara içme durumu, evlenme yaşının ve infertilite süresinin FertiQol puanlarına anlamlı etkisinin olduğu tespit edildi.

Evlenme yaşı arttıkça saptanan infertilite sürelerinin de uzaması karıştırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkabilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA-2008) verilerine göre ülkemizde evlenme yaşının artmaya başlaması, bu alandaki sorunların giderilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bu çalışmada, Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne başvuran infertilite tanılı kadınların sosyodemografik özelliklerini ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek hedeflendi. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Katılımcıların sigara kullanımı, evlenme yaşları ve infertilite süreleri ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Katılımcıların sigara içiyor olmasının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği görüldü. Evlenme yaşı düştükçe yaşam kalitesi puanlarının azaldığı saptandı. İnfertilite süresi uzayanlarda da yaşam kalitesi puanları düşük olarak tespit edildi.
2. Katılımcıların çalışıp çalışmamaları ve eğitim durumları ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Eğitim düzeyinin düşük ya da yüksek olması ile hastaların yaşam kalitesi puanları değişmedi. Çalışanlar ve ev hanımı olanlar arasında yaşam kalitesi puanları farklılık göstermedi.
3. Daha önce çocuk sahibi olmayan ve tedavi süreleri çeşitlilik gösteren katılımcıların yaşam kalitesi puanları ile infertilite etiyolojileri ve tedavi olma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Primer veya sekonder infertil olmanın yaşam kalitesi puanına olumlu veya olumsuz etkisi görülmedi.
4. Katılımcıların FertiQol ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında yaşları, gelir düzeylerinin düşük veya yüksek olması ve sağlık güvencelerinin olup olmaması arasında yaşam kalitesi puanları herhangi bir değişiklik göstermedi.

5. Katılımcıların eşlerinin çalışıp çalışmaması, eşlerinin eğitim düzeyleri ve tedavi masraflarının karşılanıp karşılanmaması durumları ile yaşam kalitesi puanlarında artma veya azalma saptanmadı.
6. Herhangi bir kronik hastalık sahibi olup olmama, menstruasyonun düzenli olup olmaması ve daha önce infertilite tedavi yöntemi kullanıp kullanmama durumları ile yaşam kalitesi puanlarının değişmediği bulundu.

ÖZET

İnfertilite ve tedavisi kadın yaşamında biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren çok özel bir süreçtir. Bu çalışmanın amacı; Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne başvuran kadınların sosyodemografik özelliklerini ve yaşam kalitelerini araştırmak, çalışmanın sonunda da infertilite nedeni ile ortaya çıkabilecek kaygıların giderilmesine, sağlıklı bir tedavi süreci geçirilmesine ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olabilecek veri ve sonuçlara ulaşmaktı.

Kesitsel tipteki bu çalışma, Trakya Üniversitesi Hastane Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'nde 01 Mayıs 2014 ve 31 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuran infertilite tanılı 119 gönüllü kadına yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini ve obstetrik hikayelerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu ve Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe formu (FertiQol) uygulandı.

FertiQol ölçeğinden alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edildi. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, infertilite etiyolojisi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Katılımcıların infertilite süreleri arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktaydı. Genç yaşta evlenme ve sigara içme ile yaşam kalitesi puanlarının azaldığı saptandı.

İnfertilitenin kadın hayatında önemli bir durum olduğu gerek bedensel, gerek psikolojik ve gerekse sosyal sağlığını çeşitli düzeylerde etkilediği anlaşıldı.

Anahtar kelimeler: infertilite, yaşam kalitesi, Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol)

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WHO APPLIED TO TRAKYA UNIVERSITY HOSPITAL RESEARCH CENTRE FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES

SUMMARY

Infertility and its treatment is an important process in female life where biological, psychological and social changes as well as adaptation to these changes takes place. The aim of this study is to investigate sociodemographic characteristics and quality of life of infertile women who applied to Trakya University Hospital Research Centre for Assisted Reproductive Techniques and in addition, to achive the data which will help in elimination of anxiety during infertility and treatment period and also improving quality of life.

This cross-sectional study is conducted among 119 infertile women volunteers between 01 May 2014 and 31 July 2014 who applied to Trakya University Hospital Research Centre for Assisted Reproductive Techniques. Participants filled out the Turkish version of "Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQol)" and a questionnaire prepared by the researcher to determine the sociodemographic factors and obstetric history.

The higher FertiQol score means higher quality of life. There was no statistically significant difference between age, educational status, working status, etiology of infertility and quality of life. Increase in duration of infertility decreases the quality of life. Also quality of life score decreases by smoking and younger marriage.

It is understood that infertility is an important situation in womens life which effects biological, psychological and social health.

Key words: Infertility, quality of life, Fertility Quality of Life Questionnaire (FertiQol)

KAYNAKLAR

1. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(2):162-78.

2. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2010;9(5):481-6.

3. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. F N Hem Derg 2011;19(2):109-15.

4. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;30(2):81-5.

5. Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014;6(2):165-85.

6. Gencer DI. İnfertilite araştırmasında Histerosalpingografi'nin Laparoskopik ve Histeroskopik Bulgularla Karşılaştırılması (tez). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği; 2009.

7. Karakaya S. İnfertil Hastaların Araştırmasında Genital Enfeksiyonların Taranması (tez). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.

8. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. Fertil Steril 1991;56:192.

9. Gordon JD, Speroff L (Çeviri: A.Z. Işık, K Vicdan). Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite el kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003:431-9.

10. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC, Mathews TJ. Report of final natality statistics. Mon Vital Stat Rep 1998;46:1.

11. Denson V. Diagnosis and management of infertility. J Nurse Pract 2006;1:380-86.

12. Minassian SS, Woodland MB (Çeviri editörü: R. Aytaç). Obstetrik ve jinekoloji klinisyen rehberi. İstanbul: Veri Medikal Yayıncılık; 2009:152-62.

13. Kırca N. İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2011.

14. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2008;11:4.

15. Chamberlain G, Hamilton-Fairley D (Çeviri: R. Has). Obstetrik ve jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005:32-9.

16. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001:479-517.

17. Aksu MF. Kadın hastalıkları ve doğum ders kitabı. Uludağ S (Editör). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2009:623-50.

18. Türkiye İnfertilite Vakfı (TR). İnfertilite ve reprodüktif endokrinolojide temel tanı ve tedavi. Ankara: Türkiye İnfertilite Vakfı Yayınları; 1996:1-6.

19. Atherton F, Howel D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. J Public Healt Med 1995;17(2):157-60.

20. Becker G. Healing the infertile family. In: Nachtigall RD (Ed.). Strengthening your relationship in the search for parenthood. New York: Bantom Books; 1990:71-118.

21. Tüzer V, Tuncel A, Göka S, Doğan Bulut S, Yüksel FV, Atan A, et al. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. Turk J Med Sci 2010;40(2):229-37.

22. Aksu MF. Kadın hastalıkları ve doğum ders kitabı. Uludağ S (Editör). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2009:665-83.

23. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. Best Price&Researh Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007;21(2):293-308.

24. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler KN, et al. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(4):311-22.

25. Göker Tamay A, Koyuncu FM. İnfertil çiftlerde seksüel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2012;5(2):97-102.

26. Kızılkaya Beji N, Kaya D. İnfertilitede birey-çift ve grup danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2012;9(3):10-4.

27. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQol) tool: development and general psychometric properties. Hum Reprod 2011;26(8);2084-91.

28. Lopes V, Canavarro MC, Verhaak CM, Boivin J, Gameiro S. Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF. Hum Reprod 2014;29(2):293-302.

29. FeriQoL, School of Psychology, Cardiff University. (Erişim tarihi 11.10.2014). www.fertiqol.org

30. Çetinbaş A, Dağdeviren HN, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık sorunu yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçeği'nin Türkçe versiyonunun iç güvenilirlik analizi. Euras J Fam Med 2014;3(2):105-10.

31. Karabulut A, Özkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013;170(1):193-7.

32. Keskin G, Babacan Gümüş A. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(1):9-16.

33. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. Fertil Steril 2006;85(1):139-43.

34. Hjelmstedt A, Anderson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 1999;71(1):42-8.

35. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. Social Science & Medicine 2003;57:2325-41.

36. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anatolian Journal of Psychiatry 2007;8:140-8.

37. Heredia M, Tenías JM, Rocio R, Amparo F, Calleja MA, Valenzuela JC. Quality of life and predictive factors in patients undergoing assisted reproduction techniques. European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology 2013;167:176-80.

38. Aarts JW, van Empel IW, Boivin J, Nelen WL, Kremer JA, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. Human Reproduction 2011;26(5):1112-8.

39. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern yaşamın infertilite üzerine etkisi. TAF Prev Med Bull 2014;13(4):345-50.

40. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri (tez). İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi; 2004.

41. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor

42. Arslan A. Edirne İl Merkezindeki Postpartum Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2014/61	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslar arası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 08/ 12**	**Tarih:16.04.2014**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Ayça YÜCEL'in 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 gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK 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☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
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☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK 2. ANKET FORMU

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ÜREMEYE YARDIMCI TEKNİKLER MERKEZİ'NE BAŞVURAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

Arş. Gör. Dr. Ayça Yücel

Danışman:

Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Hastanesi Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi'ni saptamak 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-Adınız Soyadınız:

2-Yaşınız:

3-Eğitim durumunuz:
1 ( ) Okuryazar+okuryazar değil
2 ( ) İlkokul
3 ( ) Ortaokul
4 ( ) Lise
5 ( ) Yüksekokul
6 ( ) Fakülte
7 ( ) Yüksek lisans + doktora

4-Yaşadığınız yer:
1 ( ) Kırsal
2 ( ) Şehir
3 ( ) Büyükşehir

5-Aile biçiminiz:
1 ( ) Çekirdek
2 ( ) Eşinin ailesi ile birlikte yaşıyor
3 ( ) Kendi ailesi ile birlikte yaşıyor

6-Mesleğiniz:
1 ( ) Ev hanımı
2 ( ) Diğer (Belirtiniz).....

7-Sağlık güvenceniz var mı?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet

8-Evlenme yaşınızı belirtiniz:

9-Evlilik biçiminiz:
1 ( ) Görücü usulü-istemeden
2 ( ) Görücü usulü-isteyerek
3 ( ) Tanışarak

10-Eşinizin eğitim durumu nedir?
1 ( ) Okuryazar+okuryazar değil
2 ( ) İlkokul
3 ( ) Ortaokul
4 ( ) Lise
5 ( ) Yüksekokul
6 ( ) Fakülte
7 ( ) Yüksek lisans + doktora

11-Eşiniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa mesleği nedir?
1 ( ) Çalışmıyor
2 ( ) Diğer (Belirtiniz).....

12- Gelir durumunuz:
1 ( ) 1000TL ve altı
2 ( ) 1000-3000TL
3 ( ) 3000-5000TL
4 ( ) 5000TL ve üzeri

13-Tedavi masraflarını kim karşılıyor?
1 ( ) Kendisi
2 ( ) Sosyal güvencesi
3 ( ) Bir kısmı kendi-bir kısmı sosyal güvence
4 ( ) Ailesi ve yakınları destek oluyor

14-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet.....

15-Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet.....

16-Halen gördüğünüz psikiyatrik tedavi var mı?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet.....

17- Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet

18-Sigara kullanımınız var mı? (varsa süre ve sayı belirtiniz)
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet:.....adet/gün/.....yıldır

19-Alkol ve madde kullanımınız var mı? (varsa hangisi ve doz belirtiniz)
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet.....

20-Düzenli adet görüyor musunuz?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet

21-İnfertiliteniz kaç yıldır mevcut?
1 ( ) 1-2 yıl
2 ( ) 3-5 yıl
3 ( ) 6-10 yıl
4 ( ) 11 ve üstü

22-İnfertilite sebebi:
1 ( ) Primer (hiç çocuğu olmamış)
2 ( ) Sekonder (daha önceden çocuğu olmuş)

23-İnfertilite etiyolojisi (sebebi) biliniyor mu?
0 ( ) Hayır
1 ( ) Evet.....

24-Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?
1 ( ) 1 yıldan az
2 ( ) 1-2 yıl
3 ( ) 3-5 yıl
4 ( ) 6-10 yıl
5 ( ) 11 yıl ve üstü

25-İnfertilite ile ilgili tedavi bilginiz:
0 ( ) Yok
1 ( ) Var
2 ( ) Yetersiz

26-Eşle infertilite tanısı var mı?
0 ( ) Yok
1 ( ) Var

27-Daha önce tedavi yöntemi kullanımı var mı? (girişimsel yöntemler dışında)
0 ( ) Yok
1 ( ) Var

FertiQol International

Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (2008)

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

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Çok kötü	kötü	ne iyi ne kötü	iyi	çok iyi
A	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**hiç memnun değilim**	**memnun değilim**	**ne memnunum, ne memnun değilim**	**memnunum**	**çok memnunum**
B	Hayatınızın kalitesinden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Tamamen**	**epeyce**	**ortalama**	**biraz**	**hiç**
Q 1	Kısırlık düşünceleri dikkat ve konsantrasyonunuzu olumsuz etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 2	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle hayattaki başka amaçlarınızı ve planlarınızı gerçekleştiremediğinizi düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 3	Doğurganlık sorunlarınız nedeniyle bitkin düşmüş hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 4	Doğurganlık sorunlarınızla baş edebildiğinizi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**hiç memnun değilim**	**memnun değilim**	**ne memnunum, ne memnun değilim**	**memnunum**	**çok memnunum**
Q 5	Doğurganlık sorunlarınızla ilgili olarak arkadaşlarınızın verdiği destekten memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 6	Doğurganlık sorunlarına rağmen cinsel ilişkinizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	**Her zaman**	**çoğu zaman**	**bazen**	**nadiren**	**hiçbir zaman**
Q 7	Doğurganlık sorunlarınız kıskançlık ve kızgınlık hissetmenize yol açıyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 8	Çocuğunuz olmaması (ya da başka çocuğunuz olmaması) acı ya da kayıp duygusu hissetmenize sebep oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 9	Doğurganlık sorunlarınız sebebiyle ümit ve ümitsizlik arasında gidip geliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 10	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden sosyal hayatınız kısıtlandı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q 11	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizde birbirinize karşı sevgi hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 12	Doğurganlık sorunlarınız işinize ve gündelik mecburiyetlerinize engel oluyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 13	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden aile ve arkadaş toplantılarına, tatil ya da kutlamalara gitmekten rahatsızlık duyuyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 14	Ailenizin, sizin neler yaşadığınızı anlayabildiğini düşünüyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Her soru için şimdiki duygu ve düşüncelerinize en yakın cevabı işaretleyiniz.	Fazlasıyla	çok	ortalama	biraz	hiç
*Q15	Doğurganlık sorunları sizi ve eşinizi yakınlaştırdı mı?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 16	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden üzgün ve depresif hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q 17	Doğurganlık sorunlarınız sizi çocuğu olan insanlara göre aşağı bir duruma sokuyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q18	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden yorgunluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q19	Doğurganlık sorunlarınız eşinizle ilişkinizi olumsuz şekilde etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q20	Eşinizle çocuksuzluk hakkındaki duygularınızı ifade etmekte zorluk çekiyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
*Q21	Doğurganlık sorunlarınıza rağmen eşinizle ilişkinizden memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q22	Çocuğunuz olması için (ya da daha çok çocuğunuz olması için) üzerinizde toplumsal baskı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Q23	Doğurganlık sorunlarınız sizi öfkelendiriyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
Q24	Doğurganlık sorunlarınız yüzünden fiziksel rahatsızlık ve acı hissediyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine

FertiQol International

İsteğe bağlı Tedavi Modülü

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

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

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

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

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine