

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE YAŞAM  
TARZININ, YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Gamze TESKERECİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Antalya, 2010**

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE YAŞAM  
TARZININ, YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Gamze TESKERECİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Selma ÖNCEL**

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

**Antalya, 2010**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 12/07/2010

**Tez Danışmanı** : **Doç. Dr. Selma ÖNCEL**  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



**Üye** : **Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM**  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



**Üye** : **Prof. Dr. Osman SAKA**  
Akdeniz Üniversitesi  
Biyoistatistik Anabilim Dalı



**Üye** : **Doç. Dr. Kamile KUKULU**  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



**Üye** : **Yrd. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN**  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu



**ONAY:**

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../..... /2010 tarih ve .....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL**  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu çalışma, infertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

Çalışma, 01.09.2008-01.03.2009 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, 2007 yılında yardımcı üreme teknikleri tedavisi için başvuran toplam 679 çift oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 0,05 hata payı ile %80 güçle hesaplanmış ve 200 çift araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikleri ve infertilite öyküsünü içeren “Kişisel Bilgi Formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılmıştır.

İnfertilite tedavisi gören kadınların yaş ortalaması  $31.04 \pm 5.26$ , erkeklerin ise  $34.52 \pm 6.08$ 'dir. Kadınların %40.5'i, erkeklerin %39.5'i ilkokul mezunu olup, çiftlerin ortalama infertilite süresinin  $6.01 \pm 4.82$  yıl olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ile infertil çiftlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini pek çok faktörün etkilediği ortaya çıkmıştır. Kadınların yaşam kalitesinin, erkeklere göre daha düşük olduğu, ancak cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bir faktör olmadığı saptanmıştır. İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, düşük gelir düzeyi, uzun infertilite süresi, yüksek beden kitle indeksi, androlojik operasyon öyküsü, daha önce üç ve üzerinde yardımcı üreme tekniğinin uygulanmış olması gibi değişkenlerin, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini azalttığı bulunmuştur. Ayrıca, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça, yaşam kalitelerinin de arttığı görülmüştür.

İnfertilite tedavisi gören çiftlerin olumlu sağlık davranışı göstermesi, onların yaşam kalitesini de arttıracaktır. Bu nedenle hemşireler, çiftlerin yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyebilecek faktörleri önceden tanımlamalıdır. Gereksinime göre, çiftlerin olumlu sağlık davranışları kazanmaları için hemşirelerin danışmanlık yapması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfertilite, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi, Hemşire

## ABSTRACT

This descriptive and analytic study was conducted in order to examine the effect of the life style on quality of life in couples receiving infertility treatment.

The study was performed in the Centre for Assisted Reproduction Techniques of Akdeniz University Faculty of Medicine between 01.09.2008 and 01.03.2009. The universe of the research was composed of a total 679 couples applying for the treatment of assisted reproduction techniques in 2007. The sampling size was calculated with power in the ratio of 80% with 0.05 error margin, and 200 couples were included in the survey. The used data collection tools are “Personal Information Form” including demographic characteristics and history of infertility, “SF-36 Quality of Life Scale” and “Healthy Promotion Lifestyle Profile”.

It has been ascertained that the average age of women and men receiving fertility treatment was  $31.4 \pm 5.26$  for women and  $34.52 \pm 6.08$  for men. 40.5% of women and 39.5% of men were primary school graduates, and the average infertility duration of couples was  $6.01 \pm 4.82$  years. This study reveals that the healthy lifestyle behaviours and life quality of infertile couples are affected by many factors. It has been determined that the life quality of women was low compared to men, however, no difference was found between healthy lifestyle behaviours by gender. It has been discovered that the variables such as advancing age, low education level, low income level, longer infertility duration, higher body mass index, history of andrological surgery, implementation of three or more previous assisted reproductive technique, decreased the healthy lifestyle behaviours and life quality of couples. Also, the couple's quality of life were found to increase with increasing healthy lifestyle behaviour.

Exhibition of positive health behaviours of couples receiving fertility treatment will increase their life quality. Therefore, the lifestyle behaviours and the factors, which may affect these behaviours of couples, must be defined by nurses in advance. According to the needs of infertile couples, providing consultancy service for couples is suggested in order them to gain positive health behaviours.

**Keywords:** Infertility, Healthy Lifestyle Behaviours, SF-36 Life Quality, Nurses

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük destek aldığım, mesleki geliőimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen danıőmanım, değerli hocam Doç. Dr. Sayın Selma ÖNCEL'e,

Bilgisiyle tezimin istatistiksel analizine değerli katkıları olan, araştırma görevlisi Anıl Aktaő SAMUR'a,

Veri toplama süresince yardımlarını esirgemeyen Akdeniz niversitesi reme Endokrinolojisi ve Yardımcı reme Teknikleri Merkezinin ekip yelerine,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm bireylere,

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemimde, sevgi ve yardımları ile yanımda olan aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>ÖZET</b>		<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>		<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>		<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b>		<b>vii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>		<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>		<b>xi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>		<b>xii</b>
<b>GİRİŞ</b>		
1.1.	Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.	Araştırmanın Amacı	2
<b>GENEL BİLGİLER</b>		
2.1.	Fertilite ve İnfertilitenin Tanımı	3
2.2.	İnfertilitenin Etyolojisi ve Risk Faktörleri	4
2.3.	İnfertilitede Değerlendirme	6
2.4.	İnfertilitede Kadının Değerlendirilmesi	6
2.4.1.	Öykü Alma	6
2.4.2.	Fizik Muayene	7
2.4.3.	Kadının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri ve Hemşirenin Rolü	7
2.5.	İnfertilitede Erkeğin Değerlendirilmesi	9
2.5.1.	Öykü Alma	9
2.5.2.	Fizik Muayene	9
2.5.3.	Erkeğin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri ve Hemşirenin Rolü	9
2.6.	İnfertilitenin Tedavisi	10
2.6.1.	Tıbbi Tedavi	10
2.6.2.	Cerrahi Tedavi	10
2.6.3.	Yardımcı Üreme Teknikleri	11
2.7.	Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	12
2.8.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	14
2.9.	İnfertiliteyi Etkileyen Yaşam Biçimi Davranışları	14
2.9.1.	İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçiminin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	18
2.10.	İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi	21

2.10.1.	Sosyokültürel Etkisi	22
2.10.2.	Psikolojik Etkisi	23
2.10.2.1.	İnfertilitede Kriz	24
2.10.3.	Evlilik Üzerine Etkisi	25
2.10.4.	Cinsellik Üzerine Etkisi	25
2.10.5.	Ekonomik Duruma Etkisi	26
2.11.	İnfertilitede Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar	26
2.12.	İnfertil Çiftlerde Yaşam Kalitesini Arttırmada Hemşirenin Rolü	27
2.12.1.	İnfertil Çiftlere İlişkin Hemşirelik Tanı ve Girişimleri	30
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>		
3.1.	Araştırmanın Şekli	37
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.4.	Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	37
3.5.	Araştırma Etiği	37
3.6.	Araştırmada Kullanılan Gereçler	37
3.6.1.	Kişisel Bilgi Formu	38
3.6.2.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	38
3.6.3.	Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	39
3.7.	Araştırmanın Ön Uygulaması	40
3.8.	Araştırma Verilerinin Toplanması	40
3.9.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	40
3.10.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	41
3.11.	Araştırmanın Sınırlılıkları	41
<b>BULGULAR</b>		
4.1.	İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi	42
4.2.	İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	45
4.3.	İnfertilite ile ilgili bazı değişkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	54
<b>TARTIŞMA</b>		
5.1.	İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi	59
5.2.	İnfertilite ile ilgili bazı değişkenlerin, yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	65
<b>SONUÇLAR</b>		68
<b>ÖNERİLER</b>		69



<b>KAYNAKLAR</b>	<b>70</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>83</b>
<b>EKLER</b>	<b>84</b>
<b>EK: 1</b>	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı
<b>EK: 2</b>	Etik Kurul İzin Yazısı
<b>EK: 3</b>	Onam Formu
<b>EK: 4</b>	Kişisel Bilgi Formu
<b>EK: 5</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>EK: 6</b>	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>EK: 7</b>	2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği
<b>EK: 8</b>	2010 Yılı Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>LH</b>	: Luteinizan Hormon
<b>FSH</b>	: Folikül Stimulan Hormon
<b>IUI</b>	: İntra Uterin İnseminasyon
<b>IVF</b>	: İn Vitro Fertilizasyon
<b>ET</b>	: Embriyo Transferi
<b>GİFT</b>	: Gamet İntrafallopian Transfer
<b>ZİFT</b>	: Zigot İntrafallopian Transfer
<b>ICSI</b>	: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>YÜT</b>	: Yardımcı Üreme Tekniği
<b>MESA</b>	: Epididimal Sperm Aspirasyonu
<b>TESA</b>	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
<b>SF-36</b>	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36
<b>hCG</b>	: Human Koryonik Gonadotropinler
<b>ml</b>	: mililitre
<b>mg</b>	: miligram
<b>Min</b>	: Minimum
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>kg</b>	: kilogram
<b>m</b>	: metre
<b>m<sup>2</sup></b>	: metrekare
<b>ng</b>	: nanogram
<b>g</b>	: gram

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
2.1.	Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli (1996)	13
2.2.	İnfertilitede yaşam biçimi değişiklikleri için izlenecek adımlar	19
4.1.	Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları	44
4.2.	Kadınların çalışma durumuna göre yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları	47
4.3.	Aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları	48
4.4.	Gebe kalma öyküsüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	56

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
2.1.	Kadın ve erkekte fertilitiyi etkileyen faktörler	5
2.2.	İnfertilitede kadının değerlendirilmesinde kullanılan tanı testleri	8
2.3.	İnfertilitenin psikolojik etkileri	22
3.1.	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin soru sayısı ve puan aralıkları	38
3.2.	SF-36 ölçeğinin değerlendirme şekli	39
4.1.	İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi	41
4.1.1.	İnfertilite tedavisi gören çiftlere ilişkin tanıtıcı özellikler	41
4.1.2	İnfertil çiftlerin infertilite öyküsüne göre dağılımı	42
4.1.3.	İnfertil çiftlerin cerrahi işlem geçirme durumu ve çiftlere daha önce uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı	42
4.1.4.	İnfertil çiftlerin bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı	43
4.2.	İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	43
4.2.1.	Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin alt grupları	43
4.2.2.	Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları	44
4.2.3.	Yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi	45

4.2.4.	Eğitim durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	46
4.2.5.	Kadınların alışma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	47
4.2.6.	Aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	48
4.2.7.	Gelir durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	49
4.2.8.	En uzun süre yaşanan yere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	49
4.2.9.	Beden kitle indeksi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi	50
4.2.10	Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	51
4.3.	İnfertilite ile ilgili bazı değişkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi	52
4.3.1.	İnfertilite suresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi	52
4.3.2.	İnfertilite faktörüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	53
4.3.3.	Cerrahi işlem geçirme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	54
4.3.4.	Uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	55
4.3.5.	Kadınların gebe kalma öyküsüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu	56
4.3.6.	İnfertil çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, yaşam kalitesi ile ilişkisi	56

## GİRİŞ ve AMAÇ

### 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, korunmasız düzenli bir cinsel ilişkiye rağmen bir yıl süreyle gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite yaşam kalitesini azaltan ciddi bir sağlık sorunudur ve üreme çağındaki popülasyonun %10-15'ini etkilemektedir (1-17). Ancak son yıllarda bu oran artış göstermektedir. Bu artışa, kadınların geleneksel rollerindeki değişim, çiftlerin ileri yaşta evlenmeleri ve çocuk sahibi olmayı istemeleri, alkol, sigara gibi madde kullanımı, beslenme alışkanlığının değişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması gibi faktörler neden olmaktadır. İnfertiliteye erkek ve kadın üreme sistemindeki bazı anormallikler de yol açmaktadır (14-22). İnfertilitenin %40'ından kadın faktörü, %40'ından erkek faktörü, %20'sinden kombine ya da açıklanamayan faktör sorumludur (15,17,23).

İnfertilite tanısı konduktan sonra, infertilite pek çok çiftte ciddi strese ve depresyona neden olmaktadır. İnfertilite tanısı ile birlikte çiftler; eş, aile ya da arkadaşlarla olan yakınlığın kaybı, sağlığa olan güvenin kaybı, toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, rol kaybı, geleceğe yönelik güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı gibi, bir tanesi bile depresyona neden olabilecek pek çok kayıp yaşamaktadır (4,16).

Kadın ve erkeğin infertiliteye yaklaşımları belirgin farklar göstermektedir. Kadınlar sürekli duygularını ifade etme eğilimindeyken, erkekler başka işlere yoğunlaşarak, infertilitenin getirdiği duygusal yükü hafifletmeye çalışmaktadır. Böylece infertiliteyle ilgili konular, ardından diğer pek çok alandaki sorunlar konuşulmamaya başlanmaktadır. Eşlerin konuşmaması, kadınların bu sorunu yalnız yaşıyormuş gibi hissetmelerine, eşlerinin kendilerini anlamadığını düşüncelerine neden olmakta ve kendilerini terk edilmiş hissetmektedirler (24, 25).

İnfertilite çiftlerde, fiziksel, psikososyal, ekonomik, etik ve kültürel problemlere neden olmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (26-28).

Literatürde infertil bireylerde, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, oturulan yer, aile tipi, gelir düzeyi, infertilite süresi, infertilite faktörü, daha önce invitro fertilizasyon tedavisi (IVF) uygulanma durumu gibi pek çok faktörün yaşam kalitesini etkilediği ortaya çıkmıştır (29-39).

İnfertilite üzerinde etkili bir başka faktör ise sağlıklı yaşam biçimidir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece genel sağlık durumunun yükseltilmesinde değil, aynı zamanda infertilitenin önlenmesinde de oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam biçiminin fertilitate üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar, bazı faktörlerin fertilitateyi olumsuz etkilediğini göstermiştir. Örneğin; sigara kullanan kadınlarda fertilizasyon oranının, oosit sayısının, gebelik oranının azaldığı ve düşük oranının arttığı bildirilmektedir (40). Alkol tüketen kadınlarda oosit sayısının azaldığı ve abortus riskinin arttığı gösterilmektedir (41). Aşırı kilonun kadında, ovulasyonu engellediği, yardımcı üreme teknikleri tedavisinin sonuçlarını olumsuz etkilediği, gebeliğin fizyolojik süreçlerini ve doğumu güçleştirdiği, erkekte ise, hormon değerlerini değiştirerek ve spermatogenezi azaltarak fertilitateyi etkilediği belirtilmektedir (42). Hemşirenin, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyebilecek faktörleri önceden tanımlaması ve çiftlerin gereksinimleri doğrultusunda, olumlu sağlık davranışları kazanmaları için danışmanlık yapması önemlidir. Hemşire, riskli yaşam biçimi olan çiftleri, infertilite tedavisine başlamadan önce belirlemeli, sigara ve alkol tüketiminden kaçınılması, beden kitle indeksinin normal değerlerde tutulması gibi basit yaşam biçimi değişiklikleri ile çiftleri gebeliğe hazırlamalıdır. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin olumlu sağlık davranışı göstermesi, onların yaşam kalitesini de arttıracaktır (7,43). Hemşire infertil bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri bilmeli, yaşam kalitesinde düşme riski olan grupların farkında olmalı ve bu gruplara tedavi sürecinde destekleyici danışmanlık yapmalıdır.

Ülkemizde, infertil kadın ve erkeklerin emosyonel tepkilerini (44), algılanan sosyal destek durumunu (45,46), cinsel yaşamını (46-50), yalnızlık düzeyini (51,52), öfke yaşama durumunu (49), evlilik uyumunu (45,47,49,53-55), kaygı düzeyini (56), aile işlevlerini (57), anksiyete (47,49,58), depresyon yaşama durumlarını (47,50,54,56,58-61) ve başa çıkma yollarını (59,62), benlik saygısını (49,58,60) ve yaşam kalitesini (34,53,63,64) inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Ancak, infertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam biçiminin, yaşam kalitesine etkisini inceleyen tanımlayıcı ve korelasyonel çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile infertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam biçiminin, yaşam kalitesine etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda yapılan araştırmada yanıtlanmak istenen sorular şunlardır:

- İnfertil çiftlerde tanıtıcı özellikler, sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesini etkiliyor mu?
- İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesini etkiliyor mu?

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fertilite ve İnfertilitenin Tanımı

Fertilite, yaşayabilir bir oositin üretilmesi, fallop tüpü boyunca taşınması ve sperm hücresi ile fertilizasyonunu gerektirmektedir. Oluşan zigot daha sonra uterusu geçmeli ve endometrial tabakaya implante olmalıdır (8). Fertilite için, aşağıdaki bileşenler olmalıdır (4,16)

#### **Kadında olması gereken fertilite bileşenleri;**

- Üreme hormonları yeterli salgılanmalı,
- Servikal mukus spermatozoanın yaşayabilmesi için uygun olmalı ve üst genital alana geçmesini sağlamalı,
- Fallop tüpleri açık olmalı, fertilize ovumun uterusu geçmesi için peristaltik hareketli fibrialara sahip olmalı,
- Graf folikül olgun olmalı ve fertilizasyon için ovum serbest bırakılmalı,
- Overler ve uterus arasında tıkanıklık olmamalı,
- Endometriyum blastokistin implantasyonunu sağlayacak, embriyonun büyüme ve gelişimini sürdürecektir fizyolojik durumda olmalıdır.

#### **Erkekte olması gereken fertilite bileşenleri;**

- Üreme hormonları yeterli salgılanmalı,
- Testisler yeterli sayıda, sağlıklı ve motil spermatozoa üretmeli,
- Erkek genital alanı tıkalı olmamalı,
- Yardımcı bezler semen oluşturmak için, sperme sekresyon desteği sağlamalı,
- Menstrual siklusun uygun zamanında serviks yakınına ejakülasyon depolanmalı ve sperm fertilizasyona hazırlanmak için kapasitasyon geçirmeli,
- Spermiler fertilizasyon için, uterus boyunca fallop tüplerinin ampulla kısmına geçmelidir.

Bu yapı, fonksiyon ya da süreçlerin bir ya da daha fazlasındaki değişim fertilizasyonda bozulmayla sonuçlanacaktır. Hemşirenin, normal fertilite için olması gereken bileşenleri bilmesi, infertiliteye neden olabilecek pek çok faktörü tanımlamasına yardımcı olacaktır (1,4,16,18-20).

İnfertilite, korunmasız düzenli bir cinsel ilişkiye rağmen bir yıl süreyle gebelik oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (1-15). İnfertilite, subfertilite anlamına gelmektedir. Üremeyi engelleyen kesin bir faktör olduğunda ise, sterilite terimi kullanılmaktadır (4,16,18-20). Primer infertilite hiç gebe kalmayan, sekonder



infertilite ise geçmişte gebelik meydana gelmiş ancak şu anda gebe kalamayan çiftler için kullanılmaktadır (3,18-20,65).

Fekundabilite, bir menstrual siklusta gebeliği başarma olasılığıdır. Fertil bir çiftin her ovuluar siklusta yaklaşık %20 oranında gebelik şansı vardır (9,11,14,15,23). Çiftlerin bir ayda %20'sinde, üç ayda %57'sinde, altı ayda %72'sinde, bir yılda %85'inde ve iki yılda %93'ünde gebelik gerçekleşmektedir (8,9,21,22,65,66). Hemşire, korunmasız düzenli cinsel ilişkisi olan çiftlerin %85'inde bir yıl içinde gebeliğin gerçekleştiği konusunda bilgilendirerek, onların şüphe ve endişelerini gidermelidir (6,23,67,68).

Dünyada, her altı ya da yedi çiftten birinin, yaşamlarının bazı dönemlerinde gebe kalmada zorlandıkları tahmin edilmektedir (21,69). İnfertilite yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur ve üreme çağındaki popülasyonun %10-15'ini etkilemektedir (5,7,9,14,17). İnfertilite prevalansı kadın yaşıyla birlikte artmaktadır. Bu oran, 25-29 yaşlarda %5.5, 30-34 yaşlarda %9.4 ve 35-39 yaşlarda %19.7 olduğu tahmin edilmektedir (10,65). İnfertilite prevalansının diğer artma nedenleri şunlardır (9,11,14-16,21,22):

- Kadın için değişen roller,
- İleri yaşta evlenerek, geç yaşta çocuk sahibi olmak isteme,
- Yardımcı üreme tekniklerindeki artış,
- İnfertilite merkezlerinin ulaşımı ve kullanımındaki artış,
- İnfertilite tanı ve tedavisinin sigorta kapsamındaki artış,
- Kontraseptif yöntemlere ulaşılabilirlikteki artış,
- İnfertilitenin sosyal kabulündeki artış,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardaki artıştır.

## **2.2. İnfertilitenin Etyolojisi ve Risk Faktörleri**

İnfertiliteye, erkek ve kadın üreme sistemindeki bazı anormallikler neden olmaktadır (5,11). İnfertilitenin %40'undan kadın faktörü, %40'undan erkek faktörü, %20'sinden kombine (hem kadın hem de erkek faktörü) ya da açıklanamayan faktör sorumludur. Erkek ve kadında fertilitiyi pek çok faktör etkilemektedir. Bunların bir kısmı Tablo 2.1.'de verilmiştir (1,2,3,5,11,15,18-20).

**Tablo 2.1.** Kadın ve erkekte fertilitiyi etkileyen faktörler

<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>
<p><b>Konjenital ya da gelişimsel faktörler</b> -Anormal dış genitaler -İç genital yapının yokluğu</p> <p><b>Overian faktörler</b> -Anovulasyon (primer) • Hipofiz ya da hipotalamik hormon bozukluğu • Adrenal gland bozukluğu • Hipotalamus-hifofiz-gonadal aksin bozukluğu -Oral kontraseptifleri bıraktıktan sonra gelişen amonera -Erken menapoz</p> <p><b>Tubal ve peritoneal faktörler</b> -Azalmış tubal motilite -Tubanın fibrial kısmının yokluğu -Bir tubanın yokluğu -Tubal enfeksiyon -Tubal adhezyon</p> <p><b>Uterin faktörler</b> -Gelişimsel anomaliler -Endometrial ve miyometrial tümörler -Asherman sendromu (uterin adhezyon ya da skar doku) -Endometriozis</p> <p><b>Servikal faktörler</b> -Düşük miktar ve kalitede servikal müküs</p> <p><b>Diğer faktörler</b> -Diyabet, tiroid, astım gibi kronik hastalıklar -Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü -Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü -Fazla ya da düşük kilo -Sigara ve alkol tüketimi -Çok fazla düşük yapmış olma -Stres</p>	<p><b>Yapısal ve hormonal bozukluklar</b> -Konjenital ya da gelişimsel testiküler hasar -Y kromozom defekti -Kriptorşidizm -Hipospadias -Varikozel -Düşük testesteron seviyesi -Kabakulağın neden olduğu testiküler hasar</p> <p><b>Spermin yapısındaki değişiklikler</b> Sigara, eroin, marihuana, amil nitrat ve butil nitrata maruz kalma</p> <p><b>Sperm sayısının azaldığı durumlar</b> -Hipopituitarizm -Zayıflama ya da kronik hastalıklar -Travma -Gonadotropik yetersizlik</p> <p><b>Libidonun azaldığı durumlar</b> -Eroin, methadon, selective serotonin reuptake inhibitorü ve barbitürat kullanımı</p> <p><b>Ereksiyon bozukluğunun olduğu durumlar</b> -Alkol tüketimi -Antihipertansif ilaçların kullanımı</p> <p><b>Diğer Faktörler</b> -Endokrin bozukluklar -Genetik bozukluklar -Psikolojik bozukluklar -Cinsel yolla bulaşan hastalıklar -İş yerinde radyasyon ya da toksik maddelere (kurşun, civa, x-ray) maruz kalma -Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması (sıcak küvet banyoları ya da saunalar) -Vas deferens ve epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı -Yetersiz beslenme</p>

### 2.3. İnfertilitede Değerlendirme

Çift en az bir yıllık korunmasız cinsel ilişkiye rağmen, gebe kalamıyorsa infertilite değerlendirmesi için yönlendirilmelidir. Daha erken değerlendirme ve tedavinin başlatıldığı durumlar ise şunlardır (4-6,8,12,14-16,70);

- Kadının 35 yaş üzerinde olması,
- Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü,
- Amenore ya da oligoamenore durumu,
- Bilinen ya da şüphelenilen uterotubal hastalık veya endometriozis durumu,
- Eşlerden birinin subfertil olduğunun bilinmesi,

İnfertilite değerlendirmesinin amacı, infertilitenin nedenini tanımlayarak, etkili ve uygun tedaviyi çiftlere sağlamaktır (4,8). İnfertiliteye pek çok faktör neden olduğundan, fertilitenin incelenmesi hem kadın hem de erkek için sistematik ve eş zamanlı yürütülmelidir. Her iki eşte problemin çözümüne karşı istekli olmalıdır (18-20). İnfertil çiftlerin değerlendirme ve bakımında; hemşire, uzman doktor, jinekolog, biyolog, embriyolog, ürolog, mikrocerrah, laboratuvar teknik çalışanları ve ultrasonografi uzmanları gibi pek çok profesyonel yer almaktadır. İnfertilite kliniğinde çalışan hemşireler, pek çok sağlık personeli arasında iletişime uyum sağlayarak, çiftlerin değerlendirme ve tedavi basamaklarını geçmelerine yardımcı olmaktadır. Çiftler çok istedikleri gebeliğin doğal şekilde olamayacağı gerçeğiyle yüzleştiklerinden, ilk ziyaret onlar için zordur. Hemşire, ilk ziyarette, infertilite değerlendirmesinde kullanılan tanı testlerini, her testin nedeni ve zamanlamasını açıklayarak testlerle ilgili anksiyeteyi azaltmalıdır (1,2,4,16).

### 2.4. İnfertilitede Kadının Değerlendirilmesi

İlk görüşmeye her iki eşde birlikte katılmalıdır. Pahalı, zaman alıcı ve duygusal olarak yorucu incelemeler başlatılmadan önce, infertilitenin olası nedenleri için kapsamlı öykü ve fizik muayeneyi içeren primer değerlendirme yapılmalıdır (2,4,9,14,16).

#### 2.4.1. Öykü Alma

Çiftlerin genel sağlık öyküsünün alınması, fertiliteleri kadar genel sağlıklarını da etkileyen problemlerin belirlenmesinde önemlidir. Kapsamlı üreme öyküsü şunları içerir (2-6,16,18-20,22,23);

- Kadının menarş yaşı ve menstrual siklus özelliği (sıklığı, düzeni, süresi, miktarı, ağrı varlığı),
- Kadının menstrual siklusuyla ilişkili cinsel ilişki sıklığı,
- İnfertilite süresi ve daha önce yapılan tanı işlemleri ve tedavi sonuçları,
- Kontraseptif yöntem kullanma öyküsü,
- Daha önceki gebelik ve sonuçları,
- Tıbbi öykü (örneğin; genetik, endokrin hastalık durumu),
- Fallop tüpleri ile ilgili cerrahi, ektopik gebelik, apendektomi ya da diğer pelvik cerrahi işlem geçirme öyküsü,

- Pelvik enfeksiyon (klamidya, trikomatis, pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü
- Tiroid hastalık semptomları,
- Pelvik veya abdominal ağrı, galaktore, hirşutizm ve disparanoya gibi semptomlar,
- Eşin daha önceki fertilitte durumu,
- Kemoterapi ya da radyasyona maruz kalma,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu ya da genital enfeksiyon semptomları (örneğin; vajinal akıntı, dizüri, abdominal ağrı, ateş gibi),
- Uterus ya da serviksin diethylstilbestrole maruz kalması,
- Ailede doğum defekti, mental retardasyon ya da infertilite öyküsü,
- Aileden gelen genetik hastalıklar (kistik fibrozis, orak hücre hastalığı, tay-sacks hastalığı, talasemi gibi),
- Yaşam biçimi (sigara, alkol ve kafein tüketimi, madde kullanımı, egzersiz, aşırı stres),
- Cinsel ilişkiden önce ve sonraki uygulamalar (cinsel ilişkiden sonra vajinal duş yapılması, cinsel ilişkide yağlayıcı kullanılması gibi),

#### **2.4.2. Fizik Muayene**

İnfertilite için yardım arayan çiftler genellikle sağlıklıdır. Kadının tam bir fizik muayenesi ile endokrin bozukluklar ya da tanımlanmamış kronik hastalıklar tanımlanmaktadır. Fizik muayene şunları içermelidir (2,4-6,8,9,11,18-20,23).

- Beden kitle indeksi (BKİ),
- Tiroid büyümesi, nodül ya da yumuşaklık,
- Meme oluşumu ve galaktore,
- Hiperandrojenizm belirtileri (akne, saç dökülmesi, hirşutizm ve kliteromegali gibi),
- Üreme organları (açıklığı, gelişimi, hassasiyeti, akıntısı),
- Pelvik veya abdominal hassasiyet,
- Vajinal enfeksiyon belirtileri,
- Kıl dağılımı,
- Serviksin değerlendirmesi (laserasyon, yırtılma, erozyon, polip, enfeksiyon belirtileri, servikal mukus),
- Uterusun boyutu, şekli, pozisyonu ve mobilitesi,
- Adnekslerin değerlendirmesi (overian büyüklük, kistler, fiksasyonlar ya da tümör),
- Endometriozis varlığı,

#### **2.4.3. Kadının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri ve Hemşirenin Rolü**

İnfertilite değerlendirilmesinde kullanılan tanı testleri bireyseldir. Tanı testlerine başlarken, basitten karmaşığa, ucuzdan pahalıya doğru gidilir (1,2,6,17). Kadında infertiliteye overian, servikal, tubal, pelvik ve uterin faktör neden olabildiğinden, kullanılan tanı testleri de buna göre gruplanmıştır. İnfertilite değerlendirmesinde kullanılan testler Tablo 2.2.'de verilmiştir (8)

**Tablo 2.2.** İnfertilitede kadının değerlendirilmesinde kullanılan tanı testleri

<b>Etyolojik faktör</b>	<b>Tanı Testleri</b>
Ovulatuvar faktör	Bazal vücut ısısı kayıtları Üriner luteinizan hormon düzeyi Midluteal serum progesteron ölçümü Klamifen sitrat challenge testi Endometrial biyopsi 3. gün FSH düzeyi 3. gün beta-estradiol düzeyi Klamifen sitrat challenge testi
Servikal faktör	Servikal mukus izlemi
Uterotubal faktör	Histerosalfingografi
Peritoneal faktör	Laparoskopi

İnfertilite tanı testleri ve tedavisi ağırlı olabildiğinden, incelemelere katlanmak yüksek motivasyon gerektirmektedir. Hemşire kadını tanı testleri hakkında bilgilendirmelidir (bazal vücut ısısı, endometrial biyopsi, hormon analizi, histerosalfingografi gibi). Kullanılacak tanı testlerini açıklamalı ve her testin endikasyonlarını tanımlamalıdır. Hemşire, tanı testleriyle ilgili işlemler hakkında açıklama yaptığında, kadının anksiyetesinin azalmasına yardımcı olacaktır (18-20).

İnfertil çiftlerin çoğuna doğal aile planlamasında uygulanan yöntemler (servikal mukus takibi, bazal vücut ısısı izlemi ve takvim yöntemi) yoluyla yardım edilebilir. Hemşire, çifte menstrual siklusta doğurganlığın en yüksek olduğu zamanı belirleme yöntemlerini öğretmeli, onları ovulasyon ile eş zamanlı cinsel ilişkiye girmeleri konusunda desteklemelidir (71). Ovulasyona yakın overlerde östrojen sekresyonu artmakta ve servikal mukusta değişiklikler olmaktadır. Ovulasyonda servikal mukus miktarı ve elastikiyeti artarken, vizkositesi azalmaktadır. Hemşire, mukusun 8-10 cm olmasının en fertil olan günleri gösterdiği konusunda kadını bilgilendirmelidir (4,8,66).

Endometriyal biyopsi işlemi uygulanacaksa, işlem sırasında ve sonrasında vajinal lekelenme, kramp, pelvik rahatsızlık olabileceği konusunda kadını bilgilendirilmelidir (1,4,16,18-20). Histerosalfingografi uygulanacaksa, işlemden sonra omuz ağrısı olabileceği kadına söylenmelidir. Ağrının genellikle, 12-14 saat içinde azalacağı, pozisyon değişikliği ve hafif analjeziklerle ağrının azalabileceği açıklanmalıdır (1,3-6,16,18-20).

Laporoskopi işlemi uygulanacaksa, postoperatif dönemde hemşire vital bulguların alımı, bilinç durumunun takibi, aspirasyonun önlenmesi ve omuz ile ilgili oluşabilecek rahatsızlık hakkında kadını bilgilendirmelidir. İşlemden 4-6 saat sonra hasta taburcu olur. Kadına omuzla ilgili ağrı ya da subkostal rahatsızlığın 24 saat içinde sonlanacağı, ağrı kesici ilaçlar ya da supin pozisyonu alarak gazın neden olduğu omuz ve göğüs rahatsızlığının azalabileceği konusunda taburculuk eğitimi

verilmelidir. Ayrıca, bir hafta kadar ağır kaldırmaması ve yorucu aktivitelerden kaçınması konusunda bilgilendirmelidir (4,16,18-20).

## **2.5. İnfertilitede Erkeğin Değerlendirilmesi**

### **2.5.1. Öykü Alma**

Erkeklerde infertilitenin sistematik araştırması, öykü ve fizik muayene ile başlar. Kapsamlı üreme öyküsü şunları içermelidir (3,4,8,11-16,22):

- Babalık öyküsü ve daha önce kullanılan kontraseptif yöntem,
- Ereksiyon ya da ejakülasyon probleminin varlığı,
- Herni, testis ya da varikosel cerrahi öyküsü,
- Seksüel olgunlaşma öyküsü ya da azalmış cinsel istek,
- Sigara, alkol ve aşırı kafein tüketimi,
- Ethanol, kokain ve marihuana kullanımı,
- Kriptorşidizm, kabakulağın neden olduğu orşit, varikosel veya testiküler incinme öyküsü,
- Antihipertansif kullanımı, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü,
- Yüksek ısıya maruz kalma (sıcak banyolar, inşaat işinde çalışma) ya da son zamanlarda yüksek ateş geçirme durumu,

### **2.5.2. Fizik muayene**

Erkeklerde rutin fizik muayene şunları içermelidir (1,4,8,9,11-16,22);

- BKİ ve genel sağlık durumu
- Kıl dağılımı, jinekomasti ya da memelerde akıntı durumu
- Fimozisin varlığı
- Üretral meatusun yerleşimi (hipospadias ya da epispadias varlığı)
- Vas deferens, epididimis ve testislerin şekli ve yoğunluğu
- Varikosel varlığı

### **2.5.3. Erkeğin Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı Testleri ve Hemşirenin Rolü**

Erkeğin değerlendirilmesine öncelikle noninvaziv testlerle başlanmalıdır. Erkeğin değerlendirilmesinde kullanılan en önemli test semen analizidir. Erkek semenin spermid ajan içermeyen plastik bir kılıf ya da temiz bir kap içine ejakülasyonla toplanması konusunda bilgilendirilmelidir. Semen toplandıktan sonra yarım saat içinde laboratuara ulaşması ve örneğin aşırı sıcak ya da soğuktan korunması gerektiği konusunda açıklama yapılmalıdır. (1,3,4,16,18-23,68). Erkeğin değerlendirilmesinde ayrıca, ultrasonografi, serum testesteron, progesteron, FSH (Folikül Stimulan Hormon), LH (Luteinizan Hormon) ve prolaktin analizleri de kullanılmaktadır (4,5,16,18-20). Hemşire tanı testleri hakkında erkeği bilgilendirmeli ve her testin endikasyonunu açıklamalıdır (18-20).

## **2.6. İnfertilitenin Tedavisi**

İnfertilite tedavisinin etkinliği yüksek, maliyeti düşük, kullanımı kolay ve yan etkisi az olmalıdır. Uygun infertilite tedavisinin tanımlanması her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle çiftin öyküsü, fizik muayene bulguları, maddi olanakları, yaş ve zaman kısıtlamaları, dini ve kültürel değerleri gibi pekçok faktör değerlendirilmelidir. Genellikle, karmaşık tedavilerden önce, daha basit tedaviler belirlenmeli ve bireysel gereksinimler göz önüne alınmalıdır (2,14,23).

### **2.6.1. Tıbbi Tedavi**

İnfertilite tedavisine başlamadan önce, test sonuçları çifte açıklanarak tedavi seçenekleri sunulmalıdır. İnfertilite nedenlerinin çoğu, ilaçla ya da cerrahiyle tedavi edilmektedir. Ovulatuvar disfonksiyonun tedavisinde, ovulasyonu uyararak daha fazla oosit matürasyonu sağlamak için farmakolojik tedavi kullanılmaktadır. Yardımcı üreme teknikleri tedavisi planlanan kadına, daha fazla oosit matürasyonu için bazı ilaçlar verilmektedir. Bu ilaçlar klamifen sitrat, human menapozal gonadotropinler, FSH, rekombinant FSH ve human koryonik gonadotropinleri (hCG) içermektedir. Gonadotropin-releasing hormon agonistleri, progesteron ve bromokriptin (Parlodel) de kullanılan ilaçlardandır (2,3,5,8,9,11,14,22).

İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar oldukça güçlü olduğundan, overian hiperstimülasyona neden olabilmektedir. Hiperstimülasyonu önlemek için, ilaç dozunun doğru ayarlanması, günlük ultrasonografi ile overian izlem ve östrodiol seviyesinin izlemi oldukça önemlidir. Hemşire çifti, ilaç dozu, uygulama şekli, beklenen sonuçlar, ilacın etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirmelidir. Ovulasyon indüksiyonu tedavisinde pek çok oosit salınabildiği ve fertilize olabildiğinden, çoğul gebelik riski de artmaktadır (2,18-20,22).

Erkeklerde infertilite nedeni genitoüriner bölge enfeksiyonu ise (prostatit ve epididimitis gibi), uygun antibiyotiklerle tedavi edilmektedir (9,14).

### **2.6.2. Cerrahi Tedavi**

Kadında infertiliteye neden olan faktörün tedavisinde, cerrahi işlemler de kullanılmaktadır. İnfertilite nedeni ovarian tümör ise, cerrahi ile çıkarılmalı ve mümkünse fonksiyonel overian doku bırakılmalıdır. İnfertilite nedeni kronik enfeksiyonların neden olduğu skar doku adhezyonları ise, genellikle açık cerrahi gerekebilir. Histerosalpingografi, tubal tıkanıklığın tanımlanmasının yanında, tıkanıklığın açılmasında da kullanılmaktadır. Endometriyozis, enfeksiyon ya da daha önce geçirilmiş cerrahinin neden olduğu pelvik adhezyonlar ve tıkanıklıklar, laparoskopi ile düzentelemezse laparotomi yapılmaktadır. Endometriyum ya da uterus fibroid ya da tümörün cerrahi ile çıkarılması, kadının gebe kalma ve gebeliği devam ettirme şansını arttırmaktadır. Kronik enfeksiyonun ortadan kaldırılmasında, serviksini ısı ya da kimyasal maddeyle koterizasyonu, kriyocerrahi ya da konizasyon yapılmaktadır (5,8,9,13,18-20).

Cerrahi işlemler erkek infertilitesinde de kullanılmaktadır. Varikoselin cerrahi onarımıyla, sperm motilitesi, dansitesi, morfolojisi ve gebelik oranının arttığı belirtilmektedir (2,5,9,13,14,18-20).

### **2.6.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)**

İnfertilite tedavisinde ülkemizde, İntra Uterin İnseminasyon (IUI), İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET), İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI), Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA), Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT), Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT) gibi işlemler uygulanmaktadır. İnfertilite tedavisi çoğunlukla invaziv ve cerrahi işlemleri gerektirmektedir. Bu nedenle hekim, işlemi yapıp yapmama konusunda en son karar veren kişi olmalıdır. İşlemin rahatsızlık ve risklerinin çocuk beklentisine değer olup olmadığına çiftler kendileri karar vermelidir. Çift, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) uygulamasına karar verdiğinde, hemşire kullanılacak YÜT'nin tanımı, endikasyonları ve gebelik olasılığı hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca, yardımcı üreme teknikleri kullanımıyla ilgili etik ve ahlaki ikilemler konusunda da çiftlere danışmanlık yapılmalıdır (2,18-20).

#### **a) İntra Uterin İnseminasyon (IUI)**

IUI, ovulasyona yakın uterus kaviteye yılanmış sperm enjekte edilmesidir. Ovulasyon indüksiyonu ya da ovulasyon indüksiyonu tedavisi olmadan IUI, daha karmaşık tedavilere başlamadan önce pek çok çift için ilk seçenektir. IUI, genellikle oligospermi (düşük sperm sayısı), asthenospermi (azalmış sperm motilitesi) ve teratospermi (düşük sperm yüzdesi ve anormal sperm morfolojisi), hipospadias gibi sperm yetersiz depolanmasına eşlik eden anatomik defektler ve retrograd ejakülasyon gibi ejakülatuar disfonksiyonlarda uygulanmaktadır (1,4,5,8,9,12-16). Ayrıca IUI, açıklanamayan infertilite, yetersiz servikal mukus ya da servikal stenoz gibi servikal faktörün neden olduğu kadın faktörlü infertilite olgularında da kullanılmaktadır. IUI, en az 10 milyon/ml sperm olduğunda yapılmaktadır. 10 milyon/mL'den daha az sperm sayısı, IVF gibi daha ileri tedavilerin gerekli olduğunu göstermektedir (3,14).

#### **b) İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET)**

IVF ile ET, fallop tüplerinin yokluğu ya da tıkanıklığında, mukus anomalilerinde, açıklanamayan infertilitede, immünolojik infertilite ya da çok düşük sperm sayısı olan erkeklerde kullanılan yaygın bir yaklaşımdır. Ovulasyonu başlatmak için fertilite ilaçları kullanılmaktadır. Ultrasonografi ve hormon analizleriyle, foliküler gelişim ve oosit olgunlaşması sık sık izlenmektedir. İzlem genellikle siklusun 5. gününde başlamakta ve ilaçlar bireysel yanıtı göre ayarlanmaktadır. Foliküller matür görüldüğünde, son oosit matürasyonunun uyarılması ve ovulasyon indüksiyonu kontrolü için hCG verilmektedir. Oosit toplama işlemi, hCG'den yaklaşık 35 saat sonra yapılmaktadır (1,4,13-16,18-20). Oositler ultrasonografi eşliğinde, genellikle transvajinal yolla toplanmakta ve hazırlanan sperm ile laboratuarda fertilize edilmektedir. Konsepsiyondan 1-2 gün sonra fertilize ovum uterusu gönderilmektedir. Hastaneye yatmayı gerektirmeyen bu işlem, intravenöz sedasyonla yapılmaktadır. İşlem en fazla yarım saat sürmekte ve işlem sonrası kadına bir gün kadar aktivite kısıtlaması tavsiye edilmektedir.



İmplantasyonu arttırmak ve gebeliği erken dönemde desteklemek için, dışarıdan progesteron desteği verilmektedir. Gestasyonel kese olup olmadığını belirlemek ve tubal bir gebelik oluştuysa tanımlamak için, transferden 4 hafta sonra transvajinal ultrasonografi ile izlem yapılmaktadır (2,4,13,16,18-20).

#### **c) İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)**

Ciddi erkek faktörlü infertilitede, ICSI, MESA ve TESA işlemleri uygulanmaktadır. ICSI, direk ovum içerisine, hazırlanmış tek bir sperm enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir. MESA ve TESA işlemi azospermi, epididimis tıkanıklığı ya da ejakülatuar bozukluğu olan erkeğin gonadal dokusundan sperm alınmasını içermektedir. Sperm perkütan aspirasyon yardımıyla ya da mikrocerrahi ile epididimisten alınmaktadır (1,4,13-16,18-20,22).

#### **d) Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)**

GIFT, seminal sıvının yetersizliği, açıklanamayan infertilite ve endometriyozisin neden olduğu infertilitede etkili bir tedavi olarak önerilmektedir (4,16). GIFT, IVF ile ET işlemine benzemektedir. Ovulasyon uyarılarak oosit matürasyonu sağlanmaktadır. GIFT işleminde, semen toplandıktan sonra, laparoskopi ile oositler foliküllerden aspire edilmektedir. Daha sonra gametler fallop tüplerinin fibrial kısmına transfer edilmektedir. Fertilizasyon vücut içinde fallop tüplerinde oluşmakta ve fertilize ovum implantasyon için fallop tüpleri boyunca ilerleyerek uterusu geçmektedir. GIFT işlemi için en az bir tubanın normal olması gerekmektedir. GIFT, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için uygun değildir (2,4,16,18-20).

#### **e) Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)**

ZIFT, IVF ile ET işlemine benzemektedir. Kadından oositler toplanmakta ve erkeğin spermi ile inkübe edilmektedir. Oositler IVF'daki gibi hücre bölünmesinin erken evresinde, tekrar kadının vücuduna transfer edilmektedir. GIFT'teki gibi fallop tüplerine yerleştirilen ovum, implantasyon için doğal şekilde uterusu geçmektedir. Bu işlem için, kadının en az bir fallop tüpü açık olmalıdır. IVF daha az invaziv ve maliyeti düşük olduğundan, GIFT ve ZIFT daha az kullanılmaktadır (2,4,16,18-20).

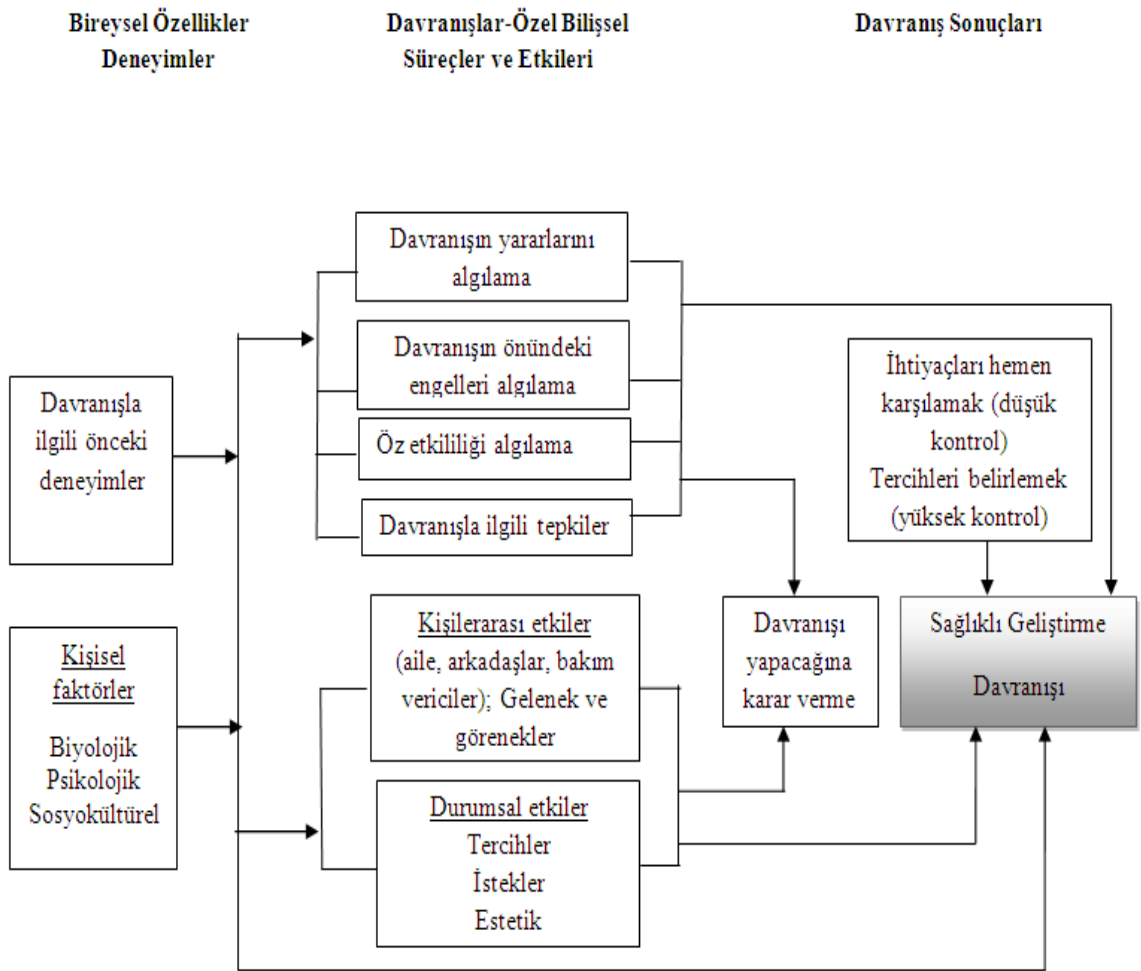
### **2.7. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli, Bandura'nın "Sosyal Öğrenme Teorisi"ni temel almaktadır (72). Pender'in 1982'de geliştirdiği ve 1996'da revize ettiği Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlık davranışlarını açıklayan bir modeldir (Şekil 2.1.). Sağlığı Geliştirme Modeli, daha yüksek iyilik düzeyi ve kendini gerçekleştirme düzeyine odaklanır (73). Modele göre, öz yeterliliği ya da algılanan yeterliliği daha yüksek olan bireyler, davranışları uygulayacaktır (74).

Sağlığı Geliştirme Modeli üç alana odaklanır:

- Bireysel özellikler ve deneyimler,
- Davranış-özel bilişsel süreçler ve etkileri
- Davranış sonuçları

Bireysel özellikler ve deneyimler çoğunlukla değiştirilemez (yaş, cinsiyet, genetik gibi) faktörlerdir (72). Uygulamanın merkezini oluşturan davranışa-özel değişkenler, hemşirelik girişimleriyle değiştirilebilir. Bu altı değişken; “sağlığı geliştiren davranışların yararlarını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama”, “öz etkililik ve yeterliliği algılama”, “davranışla ilgili tepkiler”, “kişilerarası etkiler” ve “durumsal etkiler” dir (74). Bu değişkenler, sağlığı geliştirme modeli ile yapılan çalışmalarda en çok hedeflenen bölümdür. Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktivitelerini uygulamakla sağlanır (75,76,77).



**Şekil 2.1.** Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli (1996) (Srof, B.J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: a review of pender's health promotion model, Nurs Sci Nursing Science Quarterly, 19(4), 366-373)

## 2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplumun sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme ayrıca, bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmeleri, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (75,76). Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da sağlığın geliştirilmesi, herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (77). Bu amaca ulaşabilmek için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (76). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için önemli bir bileşendir. Sağlığı geliştiren davranışların; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerdiği ifade edilmektedir (78). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye de getirebilir (79).

Walker, Sechrit ve Pender, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır (77).

## 2.9. İnfertiliteyi Etkileyen Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, sadece herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu iyileştirmeyi amaçlayan davranışlardır (80). Bu anlamda infertilite ile ilgili sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi, infertilitenin önlenmesi, genel sağlık durumunun iyileştirilmesi ve fertilite yeteneğinin optimum düzeye getirilmesinde önemli bir yere sahiptir (81).

Yaşam biçimi davranışları hem genel hem de infertil popülasyonda üreme yeteneğini etkilediği görülmektedir (81). İnfertilite ile ilgili yaşam biçimi davranışları, fertiliteyi olumsuz etkileyen değiştirilebilir alışkanlıklar, davranışlar ya da durumlardır. Bu faktörler, sigara içme, alkol tüketimi, obezite gibi değiştirilebilir faktörler olabileceği gibi, anne yaşı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi önceden kontrol edilebilir ya da önlenemez faktörler de olabilir. Yaşam biçimi ile ilgili faktörlerin genel sağlık ve fertilite üzerine olan etkisi konusundaki kanıtlar her geçen gün artmaktadır (81,82,83).

Yaşam biçimi, kadınların gebe kalabilmeleri ve gebeliklerini sağlıklı şekilde sürdürebilmelerinde oldukça önemlidir. Gebe kalma ve üreme yeteneği olan tüm kadınlarda sağlıklı bir gebeliği başarmayı sağlayan faktörlerden biride, annenin gebelik öncesi sağlığıdır. Gebe kalmaya çalışan çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermesi, yalnızca genel sağlık için yararlı olmayacak, aynı zamanda infertilitenin önlenmesine de yardımcı olacaktır (7,12,13). Hassan & Killick (84) çalışmasında, sağlıklı yaşam biçiminin fertilitiyi arttırdığını göstermektedir. Gebe kalabilmek için, yaşam biçiminin kombine etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada prenatal bakım için gelen 1976 kadına yaşam biçimi ile ilgili sorular sorulmuş ve gebe kalana kadar geçen süre hesaplanmıştır. Kadın ve erkek sigara içtiğinde, erkek > 20 ünite/hafta (1 ünite alkol yaklaşık 125 ml şarap kadehi ya da 300 gr bira bardağına eşittir) alkol tükettiğinde, kadın günde 6 bardaktan fazla kafein tükettiğinde ve kadının BKİ > 25 kg/m<sup>2</sup> ise gebe kalabilme süresinin uzadığını bildirmişlerdir.

Tablo 2.1’de belirtildiği gibi fertilitiyi, pek çok faktör etkilemektedir. Ancak bunlardan bazıları değiştirildiğinde fertilitite oranı artmaktadır. Fertilitiyi olumsuz etkileyen, değiştirilebilen bazı yaşam biçimi davranışlarını şöyle sıralamak mümkündür:

#### **a) Beslenme ve Beden Kitle İndeksi**

Uygun miktar ve kalori alımını içeren dengeli ve düzenli bir beslenme, hem fiziksel hem de psikolojik sağlığın optimum düzeyde tutulması için gereklidir. Ayrıca, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve bazı kanser türleri gibi hastalıkların önlenmesi için de oldukça önemlidir. Dengeli ve düzenli beslenme, genel iyilik durumunun sağlanması ve optimum vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi için gereklidir (81).

Kadınlarda, aşırı zayıf olma, obezite, yüksek düzeyde alkol tüketimi, vitamin ve mineralden yoksun beslenme, vejeteryan diyet gibi beslenme alışkanlığı ovulasyonu önemli şekilde etkilemektedir. Bu faktörlerin infertiliteye olan etkisi net olmamakla birlikte hormonal dengeyi bozarak fertilitiyi etkilediği düşünülmektedir. Gebelik öncesindeki beslenmede fetal iyiliği etkileyebileceğinden, sağlıklı beslenme üreme yeteneğini de olumlu şekilde etkileyecektir (85). Folik asit, gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerinde fetüsün nöral sistemin gelişiminde önemlidir (86). Gebe kalmadan önce ve gebeliğin ilk üç ayında günlük 400 mikrogram folik asit kullanımının, fetüste nöral tüp defekti riskini %70 azalttığı gösterilmektedir. Bu nedenle nöral tüp defekti riski yüksek olan kadınlara ya da fetal nöral tüp defekti riskini azaltmak için, gebe kalmayı deneyen kadınlara en az iki ay önce günlük 400 mikrogram folik asit kullanması önerilmektedir (87). Kadın ve erkeklerde günlük iki litre su içilmesi ve vücudu dehidrate edici içeceklerden kaçınılması fertilitiyi arttırmaktadır (85). Hemşirenin bireylerin beslenme alışkanlığını değerlendirmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırabilmek için danışmanlık yapması oldukça önemlidir.

Üreme döneminde beden kitle indeksinin 19 kg/m<sup>2</sup>, un altında ya da 25 kg/m<sup>2</sup>, in üzerinde olması, hem kadın hem de erkekte fertilitiyi olumsuz

etkilemektedir.  $19 \text{ kg/m}^2$ 'un altında ya da  $25 \text{ kg/m}^2$ 'in üzerinde bir BKİ'nin, kadında ovulasyonu baskılayarak fertilitiyi azalttığı, infertilite tedavisi, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, erkekte ise sperm üretimi ve kalitesini azalttığı gösterilmektedir (88).  $\text{BKİ} < 19 \text{ kg/m}^2$  veya vücut yağ  $< \%22$ 'nin altında olan kadınlarda hipotalamik disfonksiyon, aşırı kilolu kadınlar ise polikistik over yapısına bağlı ovulatuvar disfonksiyon görülebilmektedir (7,12,21,22,89). Obez ve aşırı kilolu kadınlarda da fertilitiyi tedavisi başarı oranı azalmaktadır (87). Savadkouhi et al. (90),  $\text{BKİ} \geq 27 \text{ kg/m}^2$  olan kadınlarda, gebelik oranının normal kilolu kadınlara ( $\text{BKİ} \geq 20$  ve  $\text{BKİ} < 27$ ) göre, daha düşük olduğunu saptamıştır. Avustralya'da YÜT tedavisi alan alan 3586 kadının katıldığı bir çalışmada, obez kadınlarda gebelik oranının BKİ'yi normal olan kadınlara göre yarıya düştüğü belirtilmiştir (91). Hassan & Killick (84) çalışmasında, BKİ'yi 19'un altında olan kadınlarda gebelik süresinin, BKİ normal olan kadınlara göre dört kat daha uzadığını bildirmiştir. Özellikle zayıf kadınlarda gebe kalmak için ortalama 29 ay gerekirken, normal kilolu kadınlarda ortalama 6.8 ay gerektiği de belirtilmiştir (82). İnfertilite tedavisine başlamadan önce aşırı kilolu ya da obez bireylerin, kilo vermesi oldukça önemlidir. Bu nedenle düzenli egzersiz ve dengeli beslenmenin yararları hakkında gebe kalmayı deneyen çiftler bilgilendirilir (87).

Obezitenin kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve bazı kanserlerin riskini arttırdığı da belirtilmektedir. Obezite ve zayıflık, hormon dengesizlikleri ve ovulatuvar disfonksiyonlara neden olarak, üreme fonksiyonunu olumsuz etkileyebilmektedir (81). Obez kadınlarda gebelikte, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon riski vardır (87). Obezitenin fertilitiyi yeteneği, YÜT tedavisi ve gebeliğin devamına da ciddi olumsuz etkileri olduğundan, obez kadınlar infertilite tedavi sürecinde danışmanlık ve davranış değişikliğine gereksinim duyan özel bir gruptur. Bu nedenle başvuran her çift obezite yönünden değerlendirilmeli, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Kilo yönetimi ile ilgili öneriler verilmeli ve gerektiğinde diyetisyene yönlendirilmelidir. Kilo vermeye çalışan kadınlar sağlık personeli tarafından yakından izlenmeli ve motivasyonunun sürdürülmesi için destek olunmalıdır (92).

#### **b) Sigara kullanımı**

Sigara bilinen bir reproduktif toksindir. Sigara kullanımı, bir kadının gebe kalabilme şansını yarı yarıya azaltmaktadırlar, overlerini etkileyerek folikül ortamını ve oositin kromozom kalitesini bozabilmektedir. Sigara kullanan kadınlarda, zona pelisudanın kalınlaştığını gösteren kanıtlar vardır. Bu durum sperm penetrasyonunu zorlaştırarak, daha düşük fertilizasyon oranına neden olmaktadır. Sigaranın kadınlarda, uterus duyarlılığının azalmasına, ortalama oosit sayısının azalmasına, düşük oranının artmasına, implantasyon ve canlı doğum oranının azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (3,11,22,89,93). Sigara kullanımının overin yaşlanmasını hızlandırarak, menapoz yaş ortalamasını azalttığı bildirilmektedir (7). Sigara kullanımının erkekte ise semen kalitesini, sperm üretimini, sperm motilitesi ve morfolojisini azalttığı gösterilmektedir (21,81). Sigara kullanan bireylere gebe kalmayı denemeden önce sigarayı bırakma konusunda danışmanlık yapılmalıdır (87).

### **c) Alkol kullanımı**

Alkol kullanımı kadında, hormonal ve ovuluar anormalliklere neden olabilmektedir. Alkolün, yükselmiş östrojen seviyesine neden olarak, FSH sekresyonunu azaltacağı, böylece folikülegenezis ve ovulasyonun baskılanacağı ile ilgili görüşler vardır (81). Aşırı alkol tüketiminin, gebelik olasılığını azalttığı bildirilmektedir (3,7). Alkol kullanımı erkekte ise, sperm kalitesini azaltmaktadır (4,16,21). Gebelikte alkol tüketiminin fetüs üzerine olumsuz etkilerinin olduğu da bilinmektedir. Gebe kalmayı deneyen çiftlere, özellikle de kadınlara gebelikte alkol kullanmaması önerilmektedir (87).

### **d) Kafein tüketimi**

Kafein tüketiminin, kadın fertilitasını olumsuz yönde etkileyebildiği gösterilmiştir. Ancak bununla ilgili çok fazla kanıt bulunamamıştır (21,94). Kafein tüketiminin fertilitate üzerine etkisinin tüketilen miktara bağlı olduğu belirtilmektedir (81).

### **e) Egzersiz**

Egzersiz yalnız fizyolojik olarak değil psikososyal olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığını sürdürmesi için gereklidir. Düzenli egzersiz, obezitenin, kardiyovasküler hastalıkların, hipertansiyonun, diyabetin, osteoporozun ve psikolojik stresin önlenmesini de sağlamaktadır. Egzersiz, insülin duyarlılığını artırarak overian fonksiyonunu arttırmakta ve böylece gebe kalma şansında yükselmektedir. Gebelikte yapılan egzersizin annenin iyilik durumunu arttırdığı da bildirilmiştir (81). Clark et al. (95)'nin çalışmasında, obez infertil kadınlar 6 ay kadar diyet ve egzersiz programına katıldıktan sonra, spontan ovulasyon, gebelik ve canlı doğum oranının anlamlı düzeyde yükseldiği bildirilmiştir. Yine bu çalışmada, kilo kaybıyla birlikte kadınların benlik saygısının arttığı ve anksiyete düzeyinin azaldığı da gösterilmiştir.

Düşük beden kitle indeksi olan kadınlar kadar, yorucu egzersiz yapan kadınlarda fertilitate bozulma riski vardır. Egzersiz, üreme çağındaki kadınlarda üreme probleminin gelişmesine neden olan bir değişken olarak tanımlanmaktadır. Kadın atletlerde menstrual siklus düzensizlikleri %1-44, hareketsiz yaşam biçimi olan kadınlarda ise %2-5 bildirilmektedir. Orta düzeyde egzersiz yapan kadınların %42'sinde fertilitateyi etkileyebilen luteal faz bozuklukları olduğu belirtilmektedir (82). Egzersizin üreme yeteneği üzerine etkileri hakkında daha fazla çalışmaya gereksinim vardır (81).

BKİ'i 25 ve üzerinde olan kadınlara günlük en az 30 dakika yürümesi önerilmekle birlikte, yorucu olan egzersizler ovulasyon bozukluklarına, amonera görülmesine, sperm sayısında azalmalara, hormon üretiminin azalmasına ve gebelik kayıplarına yol açabileceğinden infertilite nedeni arasında yer almaktadır. Erkekler için ise testisin ısınmasına yol açan uzun süre bisiklete binme gibi sporlar, infertilite nedeni olabilmektedir (85).

## f) Stres

Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi duyuşal değişikliklere ve strese son derece duyarlıdır. Herhangi bir stres kaynağı kadında menstrual düzensizliklere, anovulatuar siklulara, erkekte ise sperm problemlerine neden olmaktadır. Stres infertilite nedeni iken, infertil olmakta strese neden olabilir (85). Çiftlerin karşılanmamış beklentileri, sosyal baskı, tıbbi değerlendirme ve tedavi süreci, başarısızlık sonucu hayal kırıklığı ve tedavinin maliyetli olması bu stresi daha da arttırabilir (87). İnfertilitede yaşanan stres yoğundur ve kanser, kalp hastalığı veya hipertansiyon gibi ciddi bir hastalıkta görülen strese benzemektedir (96). İnfertilitede depresyon ve anksiyete prevalansının incelendiği bir çalışmada, infertil kadınların %28.6'sında anksiyete, %17'inde majör depresyon, %9.8'inde distimik bozukluk olduğu belirlenmiştir (97). İranda yapılan bir başka çalışmada ise, infertil kadınların %40.8'inde depresyon ve %86.8'inde anksiyete olduğu gösterilmiştir (98). İnfertilitenin stresiyle baş edebilmek için, hastalara önerilen çeşitli yöntemler vardır. Anksiyeteyi azaltmak ve başarı oranını arttırmak için kognitif davranış terapisi en etkili yöntemdir (89).

### 2.9.1. İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçiminin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Yukarıda sıralandığı gibi doğurganlık çağındaki kadın ve erkeklerde fertilitiyi olumsuz etkileyen pek çok değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri bulunmaktadır. Bireyler fertilitate ile ilgili bu risk faktörlerinin özellikle de yaşam biçimlerine bağlı olan ve değişime uygun olan bu faktörlerin farkında olmalıdır. Çoğu çift bu risklerin farkında olmayabilir ya da yanlış bilgi sahibi olabilir. Bu nedenle yapılan üreme sağlığı eğitimleri büyük önem taşımaktadır (82). Hemşireler genel popülasyonda üreme sağlığını korumayı amaçlayan birincil korumanın yanı sıra, YÜT tedavisinde fertilitenin optimum düzeye ulaşmasına yardımcı olmak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde de rol almaktadırlar. Gebelik isteyen çiftlerde infertilite ile ilişkili olabilecek risk faktörlerinin birçoğu değiştirilebilmektedir. Bu nedenle infertil çiftlerin bireysel davranışları ile ilgili faktörler hakkında danışmanlık yapılmalıdır (92).

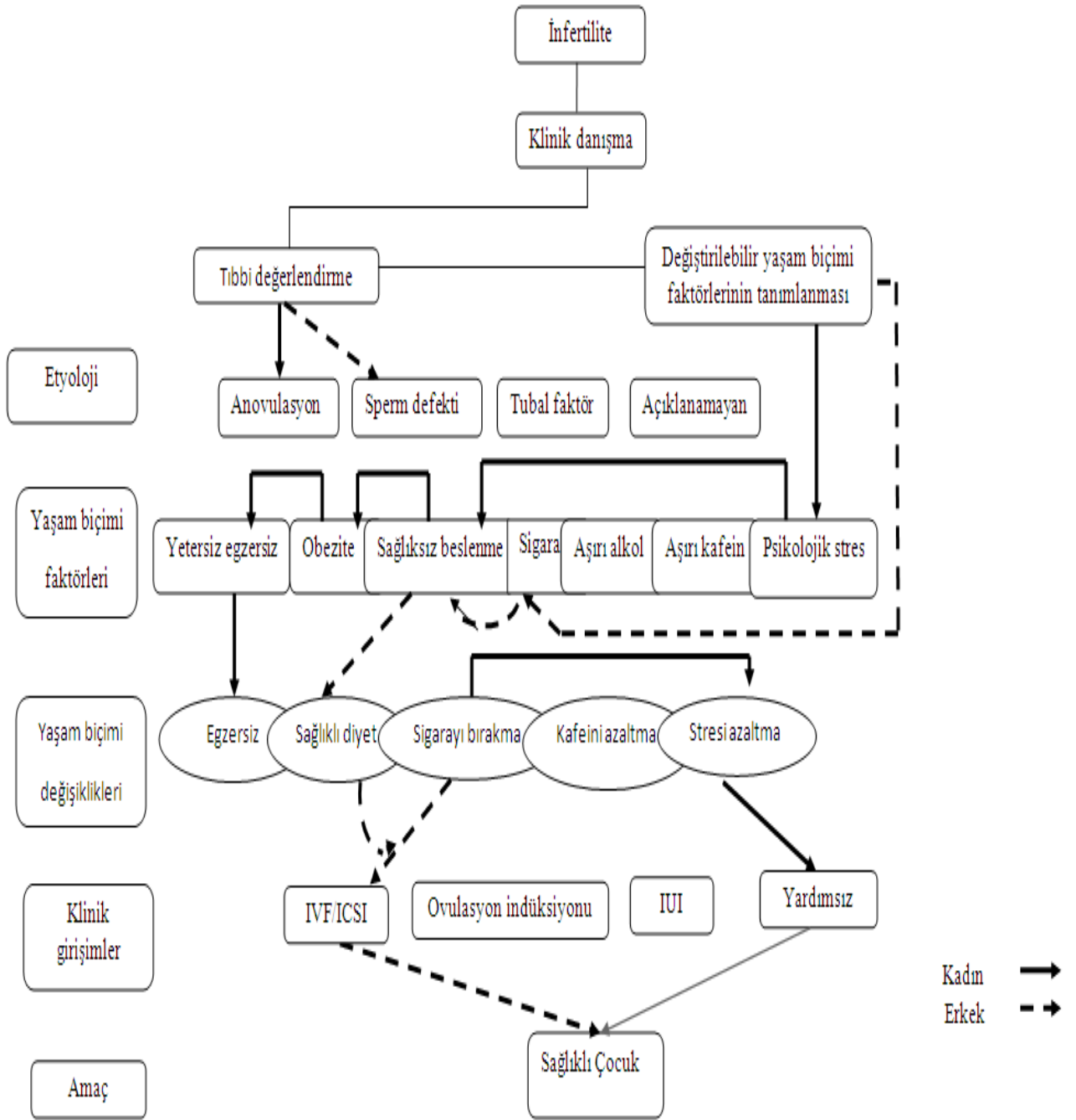
Kadın sağlığı hemşireleri, kadınlara tüm yaşam dönemlerinde bakım verebilecek önemli fırsatlara sahiptir. Verdikleri bakım ve danışmanlık ile kadınların genel jinekolojik sağlığı ve fertilitate yeteneğini olumlu etkileyebilirler. Yaşam biçimi gibi konularda verilen önemli kararlar, uzun dönemde kadınların fertilitate şanslarını etkileyebilir. Bu gibi durumlarda hemşireler doğru davranışa yönelme konusunda yardımcı olmalıdır. Ayrıca prekonsepsiyonel danışmanlıkta rutin öykü ve fizik muayene bulguları ile potansiyel infertilite riski de değerlendirmelidir (92).

Yaşam biçimindeki olumlu değişikliklerin fertilitateye olan etkisi konusunda birçok kanıt bulunmasına rağmen, bireyleri bu davranış değişikliklerine yöneltmek ve motive etmek oldukça güç ve zorlu bir süreçtir. Davranış değişikliği zaman, çaba ve motivasyon gerektirir. Davranış değişikliğinde danışmanlık yapılması ve önerilerde bulunulmasında, birey merkezli yaklaşım kullanılmalıdır (81). Bireye

yaşam biçiminin üreme yeteneğine etkisiyle ilgili kanıta dayalı bilgilerin verilmesi, yaşam biçimlerinin değiştirilmesinde çiftlerin motivasyonunu sağlayabilir. Motivasyonel girişimler, yaşam biçimi değişikliklerinde etkili şekilde kullanılmaktadır. Bireylerin yaşam biçimlerinin olumlu yönde değiştirilmesinde ve onları motive edilmesinde, bireyselleşmiş bakım planlarının kullanılması oldukça etkili olabilir (81). Bireyselleştirilmiş bakım planları infertil çiftin üreme sağlığı ile ilgili davranış değişikliğine motive etmek için etkili bir araç olabilir. Bu planlar infertilitenin etyolojisine ve yaşam biçimlerine göre her çift için özelleştirilebilir (Şekil 2.2.). Hazırlanan planda ortak hedef; fertilitenin geliştirilmesi ve gebeliğin sağlanmasıdır. Plana uyumu kolaylaştırmak için plan çiftle birlikte tartışılarak oluşturulmalıdır (92).

Üreme çağındaki çiftlerde bozulan fertilitenin iyileştirilmesini sağlayan pek çok değiştirilebilir risk faktörlerinin olduğu gösterilmiştir. Hemşire, çiftlerin bu risklerin farkında olmalarına, davranış ve yaşam biçimi tercihlerinin değiştirilmesinde onlara yardımcı olmalıdır (82). Hemşire, riskli yaşam biçimi davranışları ve fertilitenin arasındaki ilişkiyi çiftlere açıklamalıdır (86). Riskli yaşam biçimi davranışları olan çiftleri; sigara ve alkol tüketiminden kaçınması, kafein alımının günlük 250 mg'ın altında olması, beden kitle indeksinin normal sınırlarda tutulması, dengeli ve düzenli beslenmesi, düzenli egzersiz (her gün 20-30 dakika) yapılması konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca, stresle etkili baş etme teknikleri öğretilmelidir (5,12,18-20,68, 87). Hemşire, çifti fertilitenin etkileyen faktörler, ovulasyon belirtileri ve zamanı konusunda bilgilendirmelidir. Menstrual siklusun en fertil günlerinde, cinsel ilişkiye girilmesi konusunda da desteklemelidir (5,18,19,20). Sperme karşı immünolojik reaksiyonları olan kadınlarda 6-12 ay cinsel ilişkide kondom kullanılması önerilmelidir. Sıcak banyolar ya da saunalar yüksek skrotal ısıya neden olarak spermatogenezini azaltacağından, testisler yüksek ısıdan korunmalıdır (15,18,19,20). Ayrıca, cinsel ilişkide yağlayıcı madde kullanmaktan ve cinsel ilişki sonrası vajinal duştan kaçınmanın önemi vurgulanmalıdır (4,5,11,16). Aynı zamanda infertilite ile ilgili davranışsal risk faktörlerin çoğu kardiyovasküler hastalıklar, obezite, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi birçok farklı sağlık sorunları ile de ilişkilidir. Bu nedenle üreme sağlığının korunması ile ilgili yapılacak tüm girişimlerin ve davranış değişikliklerinin genel sağlık üzerine de olumlu etkileri olacaktır (81).





**Şekil 2.2.** İnfertilitede yaşam biçimi değişiklikleri için izlenecek adımlar (Homan, G.F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: A review. Human Reproduction Update, 13(3); 209-223)

Bireysel risk danışmanlığına ek olarak, yaşam biçimi tercihlerinde kalıtsal hastalık riskleri hakkında kadınların eğitilmesi için toplumsal yaklaşıma gereksinim vardır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, PID hastalık geçirme, sigara içme, obezite ve aşırı kafein tüketimi gibi gebeliği geciktirebilecek tüm tanımlanabilecek risk faktörlerini içeren kapsamlı yazılı materyaller doktor ofisleri ya da sağlık kliniklerine dağıtılabilir. Toplu taşıma araçlarında ve toplantı salonlarında posterler sergilenebilir ya da medya yoluyla bu konuyla ilgili bilgiler paylaşılabilir. Ayrıca bireylerin fertilitate riskleriyle ilgili bilgilere ulaşabileceği bir web sitesi hazırlanabilir (82).

Koruyucu sağlık hizmetleri ya da kadın sağlığı hizmetleri veren kurumlarda çalışan hemşireler, ev ziyaretlerinde bu konuların tartışılmasında oldukça önemli bir konuma sahiptirler. Riskli davranışı olan bireylerle karşılaşan hemşirelerin, infertilite riskini azaltmak ya da önlemek için yaşam biçimi değişiklikleri konusunda çiftlere danışmanlık yapması oldukça önemlidir (82). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve kadın sağlığı ile ilgili birimlerde çalışan hemşireler, yıllık jinekolojik kontroller sırasında bu konuları kadınlarla tartışabilecek uygun konumdadırlar (92). Pek çok kadın ileri yaş, cinsel yolla bulaşan hastalık, sigara kullanımı ve obezite gibi fertilitateyi olumsuz etkileyen faktörlerin farkında iken, bazıları ise farkında olmayabilir. Üreme çağındaki kadınlarla her ortamda karşılaşma olasılığı yüksek olan hemşireler, infertilitenin önlenmesi konusunda kadınları bilgilendirmelidir. Bireysel ziyaretlerde doğru bilgiler tartışılarak, yanlış bilgiler düzeltiler. Ayrıca bu bilgiler daha kapsamlı şekilde toplum temelli eğitim programlarında da tartışılabilir (92).

İnfertiliteye neden olan risk faktörlerinin çoğu, özellikle de cinsellik öykü, obezite ve sigara içme ile ilgili sorunlar adölesan ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktıkları için, bu konuların mümkün olduğunca erken dönemlerde tartışılması için fırsat oluşturulmalıdır. Okul sağlığı hizmetleri ve adölesanlara yönelik üreme sağlığı programlarının bu konudaki rolleri önemlidir. Bu programlarda, riskli yaşam biçimi davranışlarının ve sonuçlarının ne olduğu, nasıl korunabilecekleri ve davranış değişikliklerini nasıl yapacakları tartışılır. Bunların yanı sıra bireysel ziyaretler, toplum temelli programlar, medya, posterler ve internet yoluyla bilgilendirme etkili stratejiler olabilmektedir. Bu şekilde sağlıklı yaşam biçiminin seçimine yönelik yapılan rehberlik ve riskli davranışların değiştirilmesi için verilecek danışmanlık ile, bireylerin gelecekteki fertilitate yeteneklerinin bozulması önenebilir (82,87).

## **2.10. İnfertilitenin Yaşam Kalitesine Etkisi**

İnfertilitenin çiftlerde, ciddi fiziksel, sosyokültürel, psikososyal, ekonomik, evlilik ve cinsel yaşam ile ilgili problemlere neden olarak, yaşam kalitesini azalttığı yapılan çalışmalarda da gösterilmektedir (27,29-39). İnfertilite pek çok çift için ani ve beklenmeyen bir yaşam krizidir. İnfertilitenin tanı ve tedavisi uzun yıllar alabildiğinden, çiftler stres ve infertiliteye uyum güçlükleri yaşamaktadır. Birçok çiftin yaşamı infertilite tanısından sonra değişmektedir (26-28,98). İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi sürecinde yaşamları hastane etrafında döndüğünden, çiftler yaşamlarının hiçbir kalitesi olmadığını hissetmektedirler (99).

İnfertilite çiftlerin yaşamlarının sosyal, kültürel, psikolojik, evlilik, cinsel, ekonomik alanlarını etkilediğinden, infertilitenin bu alanlara etkisi ayrı ayrı incelenecektir.

### **2.10.1. Sosyokültürel Etkisi**

Toplum için çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Çocuk kişiler için yaşlılığın ve bakımın bir güvencesi olarak görülürken, ekonomisi tarıma dayalı toplumlar için önemli bir iş gücü olarak değerlendirilmektedir. Bazı toplumlarda ise çocuk sahibi olmak kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran önemli bir faktördür. Bütün bu nedenler çocuk sahibi olamayan çiftlerin, toplumun da etkisiyle daha fazla psikolojik baskı altında kalmasına yol açmaktadır (100).

Bütün dünya toplumlarında olduğu gibi Türk toplumunda da evlilik çocuk sahibi olmayı beraberinde getirmekte ve çocuğun olmadığı evliliklerde sorunlar ortaya çıkabilmektedir (24). Toplumumuzda, birçok bölgede çocuğun olmamasının kadına ait bir sorun olduğuna, hatta doğan çocuğun cinsiyetinin bile kadına bağlı olduğuna inanılmaktadır. Doğum; kadın için toplumda bir suç olarak kabul gören ‘kısır kadın’ damgasından kurtulmanın, toplumda yer edinebilmenin tek yolu olarak görülebilmektedir. Erkek için ise, soyadının devamını sağlaması ve geleceğe güvenle bakabilmesi açısından önemli bir olay olarak görülebilmektedir. Türk atasözlerinde de kadının aile içi statüsünün göstergesi olan doğurganlık şöyle ifade edilmiştir. “Kadın eşik dibinde değil beşik dibinden belli olur”, “Kadını eve bağlayan, altın şıkirtısı değil beşik gıcirtısıdır”, “Doğuran avrat (kadın) Azrail’i yenmiş”. Görüldüğü gibi, kadından beklenen “doğurgan olma” niteliği, kadını aynı zamanda eve bağlayan sosyo-kültürel faktör özelliği de taşımaktadır (101,102).

Doğum kadına duyulan saygınlığı arttırdığı gibi, kadının aile, akraba ve grup içindeki yerini de sağlamlaştırmaktadır. Baba ise ‘evlat sahibi’ olmakla hem geleceğe güvenle bakmakta, hem de dostları ve yakınları arasında saygınlık kazanmaktadır. Çünkü infertil kadın doğuramadığı için, yakınlarınca ne kadar küçümsenirse, erkek de aynı biçimde çevreden gelen baskının ve ‘erkek yerine konmama’nın toplumsal ve ruhsal ezikliğini duymaktadır (103).

Çocuğu olmayan kadına aile içinde iyi davranılmamakta, “kısır” adı verilen kadın “uğursuz” olarak nitelendirilebilmektedir. Çocuğu olmayan kadın, üstüne kuma getirilmesini hak etmiş sayılabilmektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, çocuğu olmayan kadın aile ve komşuları arasında hor görülmekte, kendisine “sonsuz”, “meyvesiz ağaç”, erkeğe “kısır”, “dölsüz”, “köse”, “hadım” denilebilmektedir. Çocuğu olmayan kadın ve erkek bu sebepten kendilerini eksik hissedebilmekte, toplumdan dışlandığını düşünmekte, kimi zaman alaya alındığını hissedebilmektedirler. Çocuğu olmayan kadın birçok çarelere başvurmakta, eğer uzun süre bu işlemlerden sonuç alamaz ise, kendi rızası ile kocasını başka bir kadınla evlendirilebilmektedir (104-106).

### 2.10.2. Psikolojik Etkisi

Majör bir yaşam stresörü olarak tanımlanan infertilite bireylerin yaşamlarının her evresini etkilediği gibi, yaşam kalitelerini de azaltmaktadır (99). İnfertilite, benlik saygısı, iş yaşamı, eş, aile ve arkadaşlar ile ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir. Çiftlerin kişisel başarı ve başarısızlığı, infertilite tedavisiyle ilgili başarı ve başarısızlıktan ayrı tutma konusunda yardıma gereksinimleri vardır (18-20).

Kerr et al. (107) tarafından infertil kadın ve erkeklerin yaşadıkları olumsuz duyguların incelendiği çalışmada, katılanların %97'si ağladığını, %94'ü depresyon yaşadığını, %84'ü öfke duyduğunu, %80'i cinsel isteğinin azaldığını, %72'si yetersizlik duygusuna kapıldığını, %62'si suçluluk veya utanç duyduğunu, %2'si gebe kadına karşı kıskançlık hissettiğini, %2'si mutsuzluk, %1'i çaresizlik ve %1'i ümitsizlik hissettiğini bildirmiştir. Ayrıca beş katılımcıdan biri intihar duygusu yaşadığını belirtmiştir.

İnfertilite test ve tedavileri çiftler arasında öfke ve hayal kırıklığı duygularını arttırmaktadır. Eşlerden biri ya da diğerinde infertilite tanımlanması, suçluluk ve utanç duygularına neden olabilmektedir. İnfertilite çiftte, kontrol kaybı, erkeklik ya da kadınlık hakkında şüpheler, statü kaybı ve belirsizlik, sosyal stigma duygusu, evlilik ilişkilerinde sıkıntı oluşturabilmektedir (4,16,18-20). İnfertilite sürecinde oluşan psikolojik reaksiyonlar tablo 2.3.'de özetlenmiştir (108):

**Tablo 2.3.** İnfertilitenin psikolojik etkileri

---

<b>Emosyonel etkiler</b>
Yas ve depresyon
Öfke ve hayal kırıklığı
Suçluluk
Şok ve inkar
Anksiyete
<b>Kontrol kaybı</b>
Aktivite, beden ve duygularda kontrol kaybı
Yaşamdaki amaçlarla ilgili geleceği tahmin etme ve gelecek planları yapamama
<b>Kişilik, özgüven ve inançlara etkisi</b>
Özgüven kaybı ve yetersizlik duyguları
Kişilik problemleri ya da değişimleri
Dünyaya bakış açısının değişmesi
<b>Sosyal etkiler</b>
Evlilik ilişkisi ve memnuniyetine etkisi (olumlu ya da olumsuz)
Cinsel fonksiyonlara etkisi
Sosyal ilişkilerde güçlük, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulma, yalnızlık hissetme ve utanç duyma

---

İnfertil çiftler, genetik devamlılığın kaybı, gebeliğin, benlik saygısının kaybı, bir kadın ya da erkek olarak yetersizlik, kader üzerinde kontrol kaybı ve özyeterlilik duygusunun azalmasına bağlı olarak kayıp duygusu yaşayabilirler. İnfertilite tedavi ve tanılama süreci de, çiftin evlilik ilişkilerinde kontrol kaybına, ilişkilerinin spontanlığının kaybına ve bazen kariyer ya da yaşamlarında amaçlarını gerçekleştirmede kontrol kaybına da yol açabilir (3,18-20,99).

### 2.10.2.1. İnfertilitede Kriz

İnfertilite kayıp olarak algılandığında, çiftler kriz yaşayabilir. Pek çok infertil çift Kübler Ross tarafından tanımlanan kayıp evresinden geçmektedir; şok, inkar, öfke, izolasyon, suçluluk, keder ve kabullenme. Profesyonel hemşirelik bakımında infertil çifte, eleştirmeden, önyargısız ve empatik bir yaklaşım göstermek, çiftin yaşayabileceği bu olumsuz duyguları azaltabilmektedir (2,4,16,25,109).

İlk evre şok ve inanmama evresidir. Eşler genellikle sağlıklı olduklarını düşündükleri ve gebe kalmak için problemlerinin olabileceğini düşünmediklerinden, infertiliteye çiftin ilk tepkisi şoktur. Şok evresini inkar (yadsıma) evresi izler. Bebek sahibi olamamayı kabullenmek zor gelir. Yanlış olduğunu ümit ederek tanıyı inkar ederler. Çift her ay yaşanan düş kırıklıklarına, yoğun stres, yorgunluk, geçirilen grip ya da yeterli sıklıkta cinsel ilişkiye girmeme gibi gerekçeler bulmaya çalışabilirler (2,25,109).

İnfertil çiftleri bekleyen sonraki evre öfke evresidir. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları, eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları ya da kötü olayları yeniden gözden geçirmeye yöneltir. Eşler düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir. Soyun sürmesiyle ilgili olarak 'son nesil' olmak bireyde varoluşsal bir kriz yaratabilir (2,25,109).

İnfertil çiftlerin yaşayabileceği bir duyguda izolasyondur. İnfertilite sadece çiftin ilişkisini olumsuz etkilemekle kalmaz, çiftin diğer akrabalarla ve arkadaşlarla da ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. İnfertil çiftler, gebe kalmakta zorlanmayan akraba ve arkadaşlarından kendilerini farklı hissedebilirler. İnfertil çiftler çocuklu ailelerin mutluluğunu gördükçe üzüntüleri daha da artar (84). İnfertilitenin bu rahatsız edici hatırlatıcılardan uzaklaşmak için, çiftler aile ve arkadaşlar ile ilişkilerinden kendilerini izole edebilirler. Bazı çiftler ise, infertil olan diğer çiftlerle destekleyici ilişkiler geliştirebilir, bu durum izolasyon duygusunu azaltabilir (2).

İnfertiliteyle mücadele eden çiftin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluktur. İnfertilite nedeninin kendisinde olduğu belirlenen kadın ya da erkek, diğer eşi çocuklardan mahrum bıraktığını düşünerek suçluluk hissedebilir. Eğer eşin diğer ilişkisinden çocuğu varsa, bu suçluluk duygusu daha da artabilir. Çiftler fertilitelerini etkileyen seçimleriyle de suçluluk hissedebilir. Eğer infertilite nedeni cinsel yolla bulaşan bir hastalık ise, birey daha önceki cinsel davranışları ve yaşantıları için kendini suçlayabilir. Bazen infertilite nedeni önceki bir küretaj olabilir. Böyle bir

durumda kadın Tanrı tarafından cezalandırıldığı düşüncesine kapılabilir. İnfertilitenin nedeni yaş faktörü ise, kadından daha uzun süre gebeliği ertelemesini isteyen erkek kendini suçlu hissedebilir (2,25,109).

İnfertil çiftler tedavi başarısız olduğunda, yetersizlik hissi ve vücutları üzerinde kontrol kaybı duygusuyla depresyon yaşayabilirler. Her ay menstruasyonu olan kadın, kendini umutsuzluğa dönüşen umudun hızlı treninde hissedebilir. Uzun süre infertil olan çiftler hayal kırıklığı yaşamamak için, her siklusta çok fazla beklentide bulunmazlar. Çiftler kolayca gebe kalanları kıskanabilirler. Adölesan bir gebeyi 'iş yok ama bebeği var' gibi yargılayabilir ve öfke duyabilir (2).

Sağlıklı çiftler yavaş yavaş çözülme evresine doğru ilerler. Yadsıma yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçilir (25,109)

### **2.10.3. Evlilik Üzerine Etkisi**

İnfertil çiftler çoğunlukla, "umut ve hayal kırıklığı" döngüsü yaşadıklarını ifade ederler. Çiftler her ay sonunda gebe kalacaklarını umut ettiklerinden, gebe kalmadıklarını öğrendiklerinde hayal kırıklığı yaşayabilirler. Erkek ve kadının tamamen farklı şekilde infertilitenin stres ve kederini yaşaması, çiftler arasında kişisel ya da evlilikle ilgili problemler oluşturabilir (11,17). İnfertilitenin evlilik ilişkisine etkisinin, kişisel başatma yöntemleri, tedaviye katılan eşler arasındaki paylaşım ve iletişime bağlı olarak değişebileceği bildirilmektedir (110). Dyer et al. (111), tedavi arayışında olan 30 infertil kadınla yaptığı kalitatif çalışmada, infertilitenin evlilik ilişkisini boşanma, ayrılma veya terk etme şeklinde tehdit eden bir problem olduğu vurgulanmaktadır.

İnfertil çiftler hangi tedavinin uygun olduğu ve ne kadar sürdürmeleri gerektiğinde kararsızlarsa, evlilik ilişkilerindeki gerilim daha da artabilir. Eşlerden biri bir sonraki ay denemeyi devam ettirmeyi isterken, diğeri tedaviyi bırakmayı isteyebilir. Çiftler evlat edinmeyi düşünüyorsa ilişkileri daha da zorlanabilir. Evlat edinip edinmemek ya da nasıl bir çocuğu evlat edinmek istedikleri konusunda da anlaşmazlık yaşayabilirler (2,3).

### **2.10.4. Cinselliğe Etkisi**

İnfertilite çiftlerin cinsel fonksiyonlarını da olumsuz etkileyebilmektedir. İnfertil kadınlarda en yaygın cinsel disfonksiyon bozuklukları; cinsel uyarılma bozuklukları, orgazmik bozukluklar, vajinismus ve dispareni'dir. Erkeklerde ise en yaygın cinsel disfonksiyon bozuklukları; erektil disfonksiyon, erken ejakülasyon ya da gecikmiş ejakülasyondur (88). Droszol & Skrzypulec (37)'in infertil çiftler ile fertil çiftler arasında seksüel disfonksiyon görülme oranını karşılaştırdıkları çalışmada, seksüel disfonksiyon görülme oranı infertil kadınlarda %17.5, fertil kadınlarda %12.1; erektil disfonksiyon görülme oranı infertil erkeklerde %23.9, fertil erkeklerde %13.7 olduğu belirtilmiştir. Kırço (48), infertilitenin cinsel yaşama etkisini incelediği çalışmada, kadınların %77'sinin, erkeklerin %23'ünün cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını saptamıştır. Yine bu çalışmada, kadınların erkeklere oranla

daha fazla cinsel istek, uyarılma, ıslanma/sertleşme, orgazm ve cinsel doyum sorunu yaşadıklarını belirtmiştir.

İnfertilite değerlendirmesi duygusal olarak rahatsız edici olmakla birlikte, çiftleri cinsel açıdan da rahatsız eden bir durumdur. Örneğin çiftlerin anamnezleri alınırken çiftlere birleşme teknikleri, seksüel istek ve cevaplar, küretajlarının tarihi, birleşme sırasındaki rahatsızlıklar, seks ve üreme konusundaki bilgileri gibi seksüel performansları ile ilgili sorular sorulmaktadır. Böyle sorular çiftler tarafından tehdit edici, rahatsızlık verici ve uygun değilmiş gibi görülebilmektedir. Bazı vakalarda seksüel yeterlilik üzerine odaklanan sorular zamanla seksüel başarısızlıklara veya seksüel davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Örneğin cinsel ilişkiden bilinçli kaçınma ve ilişki sırasında başarısızlık gibi (4,16,24).

İnfertilite test ve tedavilerinin araya girmesiyle sorunsuz giden bir evlilik ilişkisinde dahi sorunlar oluşabilmektedir. Çiftlerin, cinsel yaşamları hakkında dışardan bir kişiden aldıkları eğitim, çiftin cinselliğinin spontanlığını da etkileyebilmektedir. Seksin düzenli bir şekilde yapılma gereksinimi sonucu birçok çift, seksi belirli zamanlarda yapılması gereken mekanik bir olay olarak görmeye başlayabilmektedir. Böylece başarı ve başarısızlık seksten zevk almaktan çok, bir çocuk üretmekle ölçülmektedir. Çiftin cinsel fonksiyonunu değerlendiren hemşirenin, cinsellik konusunda engellerinin olmaması oldukça önemlidir (4,16,18,19,20).

#### **2.10.5. Ekonomik Duruma Etkisi**

İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar ve tedavi işlemi oldukça pahalı olduğundan, bazı çiftler ekonomik sıkıntılar yaşamaktadır. Bu durum çiftlerin yaşamlarını altüst ederek, ikinci bir işe başlama gibi zorluklara neden olmaktadır. Ekonomik durum ve tedavinin sigorta kapsamında olup olmaması, çoğunlukla tedavi seçeneğini etkilemektedir. Hemşire, sigorta kapsamının yorumlanması, tanı ve tedavi işlemlerinin maliyetinin hesaplanması konusunda çiftlere danışmanlık yapmalıdır (1,17,24,99).

İnfertilite tedavisinde zaman önemli bir stres kaynağıdır. Tedavi için gerektiğinde, iş kısıtlamaları infertilite tedavisine engel olabilmektedir. Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmaktadır. İşten izin almak, hem işveren hem de iş arkadaşlarına sıkıntı verebilmektedir. Ailenin paraya ve sosyal güvenlik kapsamına ihtiyacı olduğundan, işi bırakmak çözüm olmayabilir (2,25).

#### **2.11. İnfertilitede Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar**

İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda, cinsiyetler arası farklılıkların olduğu belirlenmiştir. İnfertil kadınların yaşam kalitesi, erkeklere göre düşük bulunmuştur (27,29,30,31,32). Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında infertil erkeklerin yaşam kalitesi, fertil erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmazken, infertil kadınların yaşam kalitesi fertil kadınlardan daha düşük bulunmuştur (35,37,38). İnfertil çiftlerin yaşam kalitesini; ileri yaş, düşük

eğitim düzeyi, uzun infertilite süresi, primer infertil olma, kadın faktörlü infertilite, başarısız IVF sayısı gibi pek çok faktörün olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Ghasemzad & Farzadi (112), Bolsoy ve ark. (34) ve Lau et al. (32), düşük gelirin, yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Bolsoy ve ark. (34) ülkemizde yaptıkları çalışmada, çekirdek aile yapısında olan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesini, geniş aile yapısı olanlara göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Khayata et al. (113) tarafından, Birleşik Arap Emirliklerinde 269 infertil kadının yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelenmiş, 30 yaş üzeri kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Bolsoy ve ark. (34), 35 yaş üstündeki infertil çiftlerin yaşam kalitesini, 35 yaş altındaki çiftlere göre daha düşük bulmuştur. Chachamovich et al. (39) Brezilyada 177 infertil kadın ile yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin artmasıyla mental sağlık, genel sağlık ve enerji puanlarının arttığını bulmuştur. Johansson et al. (114), başarısız IVF tedavisinden 4-5.5 yıl sonra çiftlerdeki yaşam kalitesini incelemiş, çocuksuz çiftlerde, çocuklu çiftlerden daha düşük yaşam kalitesi olduğunu bulmuştur. Khayata et al. (113), infertil kadınlarda, kadın faktörlü infertilitenin erkek ve kombine faktörlü infertiliteye göre yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir. Ragni et al. (29), infertil çiftlerde başarısız IVF sayısının artmasıyla, yaşam kalitesinin azaldığını saptamıştır. Kuş (63), ülkemizde infertil kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteği belirlenmek amacıyla yaptığı çalışmada, yaş ilerledikçe ve infertilite süresi uzadıkça, sosyal destek ve yaşam kalitelerinin duygusal boyutunda değişiklikler olduğunu, geniş ailede yaşayan kadınların çekirdek aileye kıyasla bu durumdan daha fazla etkilendiklerini belirtmiştir. Fekkes et. al. (38) ve Chachamovich et. al. (39) daha önce jinekolojik operasyon geçirmenin, yaşam kalitesinin çevre ve genel sağlık alan puanını azalttığını bildirmiştir.

Literatürde infertil çiftlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığında; kadın olmak, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, uzun infertilite süresi, primer infertilite, kadın faktörlü infertilite, başarısız IVF deneyiminin olması, düşük gelir, geniş aile yapısı, cerrahi operasyon geçirme öyküsünün yaşam kalitesini azaltan faktörler olduğu görölmüştür. Yapılan bu çalışmalar ışığında, hemşire infertil çiftlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri bilmeli ve bu zorlu süreçte çiftlerin profesyonel desteğe gereksinimleri olduğunu unutmamalıdır.

## **2.12. İnfertil Çiftlerde Yaşam Kalitesini Arttırmada Hemşirenin Rolü**

İnfertil bireyler için bař edilmesi oldukça güç olan bu kriz durumunda bireylere gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanması sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (115). İnfertilitenin kadının ya da erkeğin değil, çiftin problemi olduğu ve ekip yaklaşımıyla sorunun ele alınması gerektiği unutulmamalıdır (100). Bireylerin yapılması gereken işlemler hakkında bilgilendirilmesi, işlemlerin planlanması ve tedavi sečeneklerinin uygulanmasında katılımlarının sağlanması yanı sıra, infertilite tanısı alan çiftlerin yaşadıkları korku ve anksiyetenin giderilmesinde, beden imajı ve benlik saygısının desteklenmesinde de sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (115). Hemřire bireyin emosyonel durumunu anlayıp yardım edebilecek, onlarla en sık karşılaşan sağlık bakım profesyoneliidir. Bu nedenle hemşire, danışmanlık rolü ile bu desteğin verilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu alanda çalışan sağlık profesyonelinin yararlı olabilmesi



için, konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması ve sorunlarla ilgili baş etme yöntemlerini bilmesi beklenmektedir. Hemşirenin çiftin tedavi evreleri sırasında hangi durumlarla karşılaşacağını bilmesi, özellikle neyin normal, neyin anormal olduğunu bilmesi çiftin gereksinimlerini karşılayacak adımların saptanmasında yararlı olacaktır (100,115).

İnfertilite kliniğinde çalışan hemşirenin, profesyonel bir yaklaşımla bakım ve tedavi sunması, çifti değerli ve saygı değer bir birey olarak ele alması oldukça önemlidir. İnfertil çiftlerin iyi karşılanmaya, duygularını ifade edebilecekleri rahat bir ortama ve kendilerini dinleyebilecek birilerine ihtiyaçları vardır. İnfertilite tedavisi aylar hatta yıllarca devam etse bile, hemşirelik bakımında bütüncül bir yaklaşım geliştirmelidir. Hemşirenin odağı, sadece infertilite testlerinin sonuçları değil, bireyi bir bütün olarak ele almak olmalıdır. Hemşirenin bakıma empati katması ve bireyi değerli olduğunu hissettirmesi oldukça önemlidir (1,17).

Genetik ve üreme tıbbındaki ilerlemeler pek çok etik, sosyal ve kültürel sorunlara neden olabilir. Bu durum çiftin karar vermesini etkileyebileceğinden, hemşire yönlendirmeden ve yargılamadan bilinçli bir karar vermelerinde çifte fırsat sağlamalıdır. Hemşire, savunuculuk ve danışmanlık rollerini kullanarak, infertilite tanı ve tedavisinde çifti desteklemeli ve yardım etmelidir. Hemşire, çiftin kültürel, dinsel ve kişisel değerleriyle infertiliteye nasıl baktığı konusunda ve bu değerlerin tedavideki etkileri hakkında bilgi toplamalıdır. Çift için, kabul edilemez tedavi seçenekleri öğrenilmelidir (1,2).

İnfertilite tedavisi alan çiftlerin gereksinimlerini karşılamak için, infertilite hemşiresinin rolü devamlı olarak genişlemekte ve değişmektedir. Morris'in yaptığı çalışmada, yardımcı üreme teknikleri merkezlerinin %39'unda IUI'nu hemşirenin yaptığı, %23'ünde hCG alımı için gereken kararı hemşirenin verdiğini, %77'sinde hemşirenin transvajinal ultrasonografi taramasını yaptığı saptanmıştır (69). Hemşire çiftlere kendilerine uygulanacak işlemler, tedavinin risk ve yararları hakkında bilgi vermelidir. Böylece çiftlerin hem anksiyetesi azalacak hem de kendileriyle ilgili işlemler hakkında daha bilinçli karar verebileceklerdir (1).

İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri sırasında, çiftler sağlık personeli tarafından profesyonelce danışmanlık almaya cesaretlendirilmelidir. Çifte verilen danışmanlık sırasında, infertilite ve içinde buldukları tıbbi prosedürlerle baş etmelerini sağlayacak, adaptif davranışlar geliştirmelerine yardımcı olunmalıdır. İnfertilite değerlendirmesinde, hemşire bireyden beklenen fiziksel, duygusal ve ekonomik taleplerinin ne olduğu hakkında çiftlere doğru bilgi sağlayarak, bilinmeyenle ilgili stresi azaltabilir. Çiftin anksiyetesi verilen tüm bilgilerin unutulmasına neden olabileceğinden, kapsamlı ve tekrarlı açıklamalar yapmak ve yazılı eğitim materyalleri kullanmak gerekebilir. İnfertil çiftlere bakım veren hemşirenin, çiftlerin duygusal ve eğitimsel gereksinimlerini değerlendirme ve yanıt verme yeteneği de olmalıdır. Ayrıca hemşire, bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik, spiritüel ve çevresel gereksinimlerini fark etmesine de yardımcı olmalıdır (4,6,116).

Cinsel yaşamı tartışmaya açmak hem danışman hem de çiftler için zor olabilir. Sosyokültürel farklılıklar nedeniyle eşlerden biri bu konuyu konuşmayı isterken diğeri istemeyebilir. Bu aşamada sağlık personelinin infertil çift ile güvene dayalı bir ilişki kurması ve cinsel yaşamla birlikte infertilitenin tüm boyutlarının bir bütün olarak ele alınması önemlidir. İnfertilite çiftlerin yaşamının tüm alanlarını etkileyen güç ve travmatik bir süreçtir. Hem yapılan tanı ve tedavi işlemleri hem de kültürel, etnik ve dini faktörler infertil çiftte yeni bir yük getirebilir. Sonuçta çiftler infertilite ve cinsellikle ilgili pek çok yanlış inanışa ve bilgiye sahip olabilirler. Bu nedenle çift yeri geldikçe, cinsel anatomi ve fizyoloji, cinsel yanıtın işleyişi, yanlış inanışlar, cinsellik kavramı, cinsel sorunların özellikleri hakkında anlayacakları şekilde bilgilendirilmelidir (100).

İnfertilite çiftin yaşamında ciddi duygusal bir yükür. İnfertilitenin, kadınlığın ya da erkekliğin eksikliği olarak görülmesi, benlik saygısını tehdit edebilir. Fertilitate ile ilgili geriye dönüşümsüz problemler varsa, kişinin cinsel aktivitesini tartışmak kolay değildir (100). Hemşirenin tutum ve inanışlarının vereceği bakımı ve aileye danışmanlığını etkileyeceği bilinen bir gerçektir. Konu ile ilgili bilgisi olmayan, infertiliteyi “son”, “kusur”, “eksik” olarak gören hemşirelerin bu konuda çiftlere danışmanlık sağlamasını beklemek şüphesiz ki olanaksızdır. Bu nedenle, bu alanda çalışan sağlık personelinin infertil bireylerin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini etkili olarak karşılamak için doğru bilgi ve eğitime sahip olması gerekmektedir (115). Hemşire, anlayışlı bir dinleyici olarak, tanı ve tedavi sürecinde açıklamalarda bulunarak çiftlerin rahatını sağlamalıdır (4,16).

Hemşire, infertilitenin eşlerin birbirleriyle olan ilişkisini nasıl etkilediğini değerlendirmelidir. Sosyal değerlerde çatışmalar ya da farklılıklar olup olmadığı belirlenmelidir. İlişkilerinin nasıl etkilendiği hakkında onlara sorular sorulmalıdır. Gebe kalma problemleri olmadan önceki evliliklerine göre, şu anki evliliklerindeki memnuniyet durumlarında değişiklik olup olmadığı gibi (2,20). Çiftler iletişime geçmeye istekliler mi ya da duygularını paylaşabiliyorlar mı? Karşılıklı destekleyici yaklaşım var mı? Bu soruların cevaplanması, çiftlerin güçlü ve zayıf yönlerinin tanımlanmasında ve uygun hemşirelik bakımının planlanmasında oldukça önemlidir (4,16).

İnfertil çiftler büyük baskı altında olabilirler ve problemlerinin kişisel olduğunu düşünebilirler. Çiftler yetersizlik ve suçluluk duyguları hissedebilirler ve hem aile hem de arkadaşları tarafından baskıya maruz kalabilirler. İnfertilite süreleri uzadıkça, evlilikle ilgili anlaşmazlıklara bağlı birbirlerini suçlamaya başlayabilirler. İnfertil çiftler için yardım arama çoğunlukla zor bir adım olduğundan, hemşire çiftin utanma ya da üzüntü gibi duygularını paylaşmak için onları cesaretlendirmelidir (1, 96).

Hemşireler, çiftlerin destek sistemleri hakkında sorular sormalıdır. İnfertil çiftler çoğunlukla eski dostlarından uzaklaşabilirler. Çiftin yaşamlarında önemli olan kişilerin onların gebe kalma çabalarını bilip bilmedikleri sorulmalıdır. Aile üyeleri ya da yakın arkadaşların onları destekleyip desteklemedikleri öğrenilmelidir (2,9).

İnfertilite hemşiresi çiftlerin değerlendirme, tedavi ve tedavi sonuçlarıyla ilgili duygusal gereksinimlerinin karşılanmasında da önemli rol oynar. İnfertilite yetersizlik ve düşük benlik saygısına neden olabildiğinden, hemşire infertil çiftlerin fiziksel ilgilerinin temelini oluşturan böyle duyguların farkında olmalıdır. Uzun süredir infertil olan çiftlerde yoğun başarısızlık duygusu ve karamsar düşünceler olabilir. Hemşire, infertil çiftleri olumsuzluk, suçluluk ifadesi ya da çaresizlik belirtileri yönünden izlemelidir (2).

### 2.12.1. İnfertil Çiftlere İlişkin Hemşirelik Tanı ve Girişimleri

İnfertil çiftlere bakım veren hemşirenin, kadın ve erkeğin farklı sorun ve gereksinimlerinin olduğunu belirlemesi gerekmektedir. Hemşire ayrıca, bakım verdiği grubun genel özelliklerini de bilmelidir. Bu durum, bireysel bakımı planlamada hemşireye kolaylık sağlayacaktır (116). İnfertil çiftlerde alınabilecek bazı hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir.

- İnfertilite tanı, tedavi ve nedenlerine bağlı **bilgi eksikliği** (18-20,43,118)
- İnfertilite testlerine bağlı sekonder olarak gelişen, seksüel aktivite ile ilgili mahremiyetinin azalmasına bağlı **güçsüzlük** (43)
- Fertilitate durumundaki belirsizliğe bağlı **anksiyete** (43,118)
- Gebe kalamamaya bağlı **bireysel etkisiz baş etme** (18-20,43,118)
- Gebe kalamamaya bağlı **ümitsizlik** (18-20,43)
- Gebe kalamamaya bağlı durumsal **düşük benlik saygısı** (2,43)
- Gebe kalamama korkusuna bağlı **cinsel örüntülerde etkisizlik** (118)

**Tanı 1:** İnfertilite tanı, tedavi ve nedenlerine bağlı **bilgi eksikliği** (18-20,43,118)

#### Sonuç Kriterleri:

- Bireyin, infertilite test işlemlerini tanımlayacak.
- Birey, kendisine uygun olan tedavi seçeneklerini ifade edecek.
- Birey, fertilitatesini olumsuz etkileyen sağlık davranışlarını bilecek.

#### Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin, infertilite tanı ve tedavi işlemleri hakkında var olan bilgileri değerlendirilir (118).
- Öğrenmeye bilişsel ve duyuşsal hazır oluşu değerlendirilir (119).
- Menstruel siklus, spermatogenezis, ovulasyon, fertilizasyon ve implantasyonu kapsayan üreme anatomi ve fizyolojisi incelenir (18,20,43).
- Bireyselleştirilmiş yazılı ve sözlü bilgi kullanılır. Basit, doğrudan açıklamalar yapılır. Gereksinime göre, görsel ve işitsel araçlar kullanılır (119).
- Üreme anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili engelin infertiliteye neden olabileceği anlatılır. Modeller kullanarak fizyolojik engeller belirtilir (fallop tüp tıkanıklığı ya da varikosel gibi). (118).
- FSH, LH, progesteron, prolaktin ve androjenler gibi fertilitateyi engelleyebilen hormonal dengesizlikler kısaca tartışılır (118).

- Sigara, alkol, kafein ve beden kitle indeksinin fertilitte üzerine etkileri tartışılır. Bireyde fertilitteyi azaltabilecek böyle faktörler belirlendiyse, olumlu sağlık davranışı için danışmanlık yapılır (18,20,43).
- Daha önce uygulanan infertilite tanı testleri açıklanır, bu işlemlerle ilgili yanlış anlamaları varsa düzeltilir, soru sorması için izin verilir. Tanı ve tedavi işlemleri hakkında doğru bilgileri desteklenir (118).
- Semen örneğini nasıl toplayacağı ve laboratuara nasıl taşıyacağı hakkında erkek bilgilendirilir (18,20,43).
- Kadın bazal vücut ısısını nasıl izleyeceği konusunda bilgilendirilir, ovulasyonun genellikle ısı artışından önce olacağı açıklanır (118).
- Uygun şekilde, endometrial biyopsi, histeroskopi, histerosalpingogram ve laparoskopi işlemleri hakkında bilgilendirilir (18,20,43).
- Test sonuçları incelenerek, çiftlerin anlayabileceği terimlerle bulgular açıklanır (118).
- Test dönemi süresince destek ve danışmanlık sunulur (118).
- Anksiyete durumunda, anlama ve akılda tutma zorlaşabileceğinden, soru sorması için desteklenir (119).
- İnfertilite ve test işlemleri hakkında duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir (18,20,43).

**Tanı 2:** İnfertilite testlerine bağlı sekonder olarak gelişen, seksüel aktivite ile ilgili mahremiyetin azalmasına bağlı **güçsüzlük** (43)

#### **Sonuç Kriterleri:**

- Birey, seksüel aktivitelerinde kontrol hissettiğini ifade edecek.
- Birey, testlere daha az yenik düştüğü duygusunu gösterecek.

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Kendini çaresiz-aciz biri olarak görmemesi için desteklenir. Bireysel güç ve değerini tanıması için yardım edilir (120).
- Tüm işlemlerin yapılaş amacı ve seçenekleri açıklanır. Soruları yanıtlamak için zaman ayrılır; sorularını unutmaması için aklına geldikçe not etmesi istenir (120).
- Durum, tedavi ve sonuçlar hakkında her zaman bilgilendirilir (43)
- Gerçekçi olarak, bireyin durumundaki olumlu değişimler belirtilir ve görmesi sağlanır (43).
- Testlerle ilgili duygu ve endişeleri değerlendirilir.
- Uygun görüldüğü şekilde, testlerle ilgili karara aktif şekilde katılması için cesaretlendirilir. Çifte tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendileri bilgiye dayalı karar verebildiklerinde, yaşadıkları kontrol kaybı duygusu hafifleyecek ve kızgınlıkları azalacaktır (100).
- Testlerin yapılma nedeninin çocuk sahibi olmak olduğu hatırlatılır (43).
- Mahremiyet eksikliği ile ilgili duygularını istenildiği takdirde, seksüel fonksiyonu hakkında duygularını ifade etmesine fırsat verilir (43).
- Yaşanan duyguların ortak olması anksiyete ve korkuyu azaltacağından, birey destek gruplarına katılması için desteklenir (43)

**Tanı 3:** Fertilite durumundaki belirsizliğe bağlı **anksiyete** (43,118)

**Sonuç Kriterleri:**

- Birey, infertilite durumuyla ilgili olumlu baş etme stratejileri gösterecek.
- Birey, infertilite ve tedavisiyle ilgili stresi azaltacak yöntemleri bilecek.
- Eşler tedavi sonucuna bakmaksızın, birbirlerine tam bir destek ve bağlılık gösterecek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin anksiyete seviyesi, sözel ve sözel olmayan belirtiler yönünden izlenir (120). Hafif, orta, şiddetli, panik halinde gibi.
- Bireyin rahatlığı ve güvenliği sağlanır (119,120):
  - Bireyin yanında olunur.
  - Bireyden karar vermesi için istemde bulunulmaz.
  - Tüm insanların zaman zaman anksiyete hissettikleri vurgulanır.
  - Kısa, basit cümleler kullanılarak sakin ve yavaş konuşulur.
  - Empatik bir yaklaşım gösterilir (örneğin; sessizliğin kullanımı, dokunma, ağlamaya izin verme, konuşma).
  - Soruları varsa cevaplanır, yanlış bilgileri varsa düzeltilir.
- Fazla uyaranlar uzaklaştırılır (örneğin; birey daha sessiz bir odaya alınır). Anksiyeteli diğer kişilerle iletişimi sınırlandırılır (119)
- Birey ile diğer sağlık ekibi üyeleri tanıştırılır, bakıma katılan her üyenin görevi açıklanır (43).
- Ziyaretlere erkeğinde katılması için cesaretlendirilir. Durumlarıyla ilgili korku ya da endişelerini tartışmaları için, çifte fırsat verilir. Duyguların paylaşımı için birey ve eşi cesaretlendirilir (43).
- Stresli durumlar kaçınılmaz olduğunda, kullanılmak üzere anksiyeteyi kesme teknikleri öğretilir (örneğin; solunum kontrolü, uzağa bakmak, omuzların düşürülmesi, yavaş düşünme gibi). (119,120).
- Gerilimi azaltan girişimler tartışılır (örneğin; müzik dinleme, gevşeme egzersizleri, hayal etme, düşünceyi durdurma gibi) (119,120).
- Bireyin etkisiz baş etme davranışları tanımlanır. Geçmişte kullandığı baş etme davranışları incelenir, hangi yöntemin başarılı olduğu belirlenir. Anksiyete durumunda, etkili baş etme teknikleri kullanması için desteklenir (43).
- Baş etme ya da uyum sağlayamamanın davranışsal göstergeleri açısından değerlendirilir (119,120).
- Bireyde kronik anksiyetesi ve etkisiz baş etme davranışlarının olduğu belirlenirse, psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilir (119,120).

**Tanı 4:** Gebe kalamamaya bağlı **bireysel etkisiz baş etme** (18-20,43,118)

**Sonuç Kriterleri:**

- Birey, durumsal stresörler, test ve bilinmeyen sonuçlarla ilgili olumlu baş etme yöntemlerini tanımlayacak.
- Birey, emosyonel durum ile ilgili duygularını ifade edecek.
- Birey, etkili bir şekilde baş ettiğini gösterecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin mevcut başatme durumu değerlendirilir (119,120):
  - Duyguların ve belirtilerin başlangıcı ve bunların olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisi tanımlanır.
  - Birey dikkatlice dinlenir ve mimikleri, el hareketleri, göz teması, vücut pozisyonu, ses tonu ve yoğunluğu değerlendirilir.
  - Bireyin başatmesini engelleyen faktörler tanımlanır.
- Bireye konuşurken destek sunulur (119,120):
  - Teropötik iletişimle, duygu ve algılanan stresörleri tartışması için fırsatlar sağlanır.
  - Yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğu belirtilir.
  - Birey kötümser olduğunda, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışılır.
- Bireyin algıları ve mevcut sağlık durumunu anlayabilme durumu değerlendirilir (119,120).
- Geçmişte kullandığı başatme davranışları incelenir, hangi yöntemin başarılı olduğu belirlenir. Etkin olan baş etme davranışlarını kullanması konusunda desteklenir (18-20,43).
- Öfke ve inkar gibi etkisiz baş etme davranışları yönünden değerlendirilir (18-20,43).
- Kişisel başarı ve benlik saygısını destekleyecek çıkış yolları bulunur (18-20,43).
- Stres yönetimi teknikleri (örneğin; müzik dinleme, gevşeme egzersizleri, hayal etme, düşünceyi durdurma gibi) öğretilir ve kullanması için desteklenir (121).
- Baş etmeyi arttırmak için, benzer problem yaşayanlarla deneyimlerin paylaşılmasına yönlendirilir. Destek gruplarına katılmak, bireye infertilite probleminde yalnız olmadığını gösterir, kendisiyle aynı sorunu paylaşan diğer kişilerle etkileşim olanağı sağlar (18-20,43,100).
- Girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, erkek bu süreçte eşini yalnız bırakmamalıdır. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin her bir eş tarafından da anlaşılıp payşılması açısından da önem taşır (100).
- Mevcut destek sistemlerini tanımlaması (aile, akraba ve arkadaş gibi) ve geliştirmesi için yardım edilir. Bireyin problemini aile ve arkadaşları ile paylaşması yararlı olabilir. Bireyin başkaları tarafından dinlenmeye ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır (100).
- Gerekirse, hemşirenin müdahale alanı dışında bulunan, depresyon ile ilişkili problemler için uygun disiplinlere (evlilik danışmanı, psikiyatri hemşiresi, psikolog, psikiyatr) yönlendirilir (100).

**Tanı 5:** Gebe kalamamaya bağlı **ümitsizlik** (18-20,43)

### **Sonuç Kriterleri:**

- Birey, ümitsizlik duygusunun azaldığını ifade edecek.
- Birey, acısını başkalarıyla açıkça ve yapıcı olarak paylaşacak.
- Birey, yaşamın anlamını ve kendi değerlerini göz önünde bulunduracak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Şüphelerini, endişelerini, sözel olarak ifade etmesini sağlamak için empati gösterilir (120).
- Yaşamında ümidin niçin ve nasıl önemli olduğunu ifade etmesi için desteklenir(120).
- Ümidin kırıldığı alanları ve ümidin nasıl belirsiz olduğunu ifade etmesi için cesaretlendirilir (120).
- Durumdaki ümitsiz yönleri ümitli yönlerden ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağı öğretilir. (120).
- Krizi önlemek için olası depresyon, öfke ve hayal kırıklığını içeren davranışlar değerlendirilir (18-20,43).
- Ümit kaynaklarını (örneğin ilişkiler, inanç, başarılabacak şeyler) tanımalarına yardım edilir (18-20).
- Benzer problemi olan ve bununla etkili şekilde baş ederek, pozitif deneyimlere sahip olan başka kişilerle endişelerini paylaşması için cesaretlendirilir (18-20,43).

### **Tanı 6: Gebe kalamamaya bağlı durumsal düşük benlik saygısı (2,43)**

#### **Sonuç Kriterleri:**

- Birey, infertilite tanı ve tedavisiyle ilgili duygularını ifade edecek.
- Birey, artmış kontrol duygusu bildirecek.
- Birey, olumlu yönlerini tanımlayacak.
- Birey, benlik saygısını tehdit eden kaynakları tanımlayacak ve bunlarla başa çıkacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin üreme fonksiyonu, benlik saygısı ve beden imajı hakkında inançları değerlendirilir. Benlik saygısı ve beden imajına mevcut fertilitate hakkındaki bilgisinin etkileri incelenir (2,43).
- Bireyin dürüst şekilde duygularını ifade etmesinde, aktif dinleme, keşfetme gibi iletişim teknikleri kullanılır (2,43).
- Bireyin benlik kavramını arttırdığı ve izolasyon duygusunu azalttığı için dokunma tekniği kullanılır (119).
- Olumlu ve olumsuz duyguların kabulü için desteklenir (120).
- Olumsuz düşüncelerini ve aşırı genellemelerini tanımalarına yardım edilir (119).
- Eşler arasındaki iletişim şeklindeki olası farklılıklar tartışılır. Örneğin; erkeklerin problem ve tedavileriyle ilgili endişeleri hakkında konuşurken daha rahat oldukları belirtilir. İletişim stiline bazı farklılıkların yanlış anlamalara neden olabileceği açıklanır. Örneğin; çiftlerden birinin problemleri hakkında diğeri kadar endişelenmediğine inanması. Karşılıklı destek için, birbirlerine açık olmaları konusunda cesaretlendirilir (2,43).
- Geçmişte stresörlerle nasıl baş ettiği, var olan krizle baş etmek için bu teknikleri nasıl kullanabileceği değerlendirilir (2,43).
- Aşırı stres yaşayan bireylerde gevşeme tekniklerinden yararlanılabilir (119).

- Duygusal açılma fırsatı, aitlik hissi ve bilgi paylaşımı için destek gruplarına yönlendirilir. Aile ve arkadaşlarla iletişimi artırma yollarını tanımlamalarına yardım edilir (2,43).
- Stresle başa çıkma yeteneğini arttıran davranışlar tartışılır. Dengeli beslenme, egzersiz ve istirahatı dengelemek gibi sağlık davranışları güçlendirilir. Riskli sağlık davranışı tanımlanırsa, genel sağlığı arttırmanın yolları öğretilir (2,43).
- Kendilerini iyi hissettiren aktivite ve beceriler yönünden değerlendirilir. Öz değerlendirme ve olumlu tutumu güçlendirilir. Hobi, spor ya da gönüllü çalışma gibi aktiviteleri sürdürmesi için desteklenir (2,43,119).

#### **Tanı 7: Gebe kalamama korkusuna bağlı cinsel örüntülerde değişim (118)**

##### **Sonuç Kriterleri:**

- Birey, stresörlerin cinsel işlev üzerine etkilerini tanımlayacak.
- Birey, cinsel aktiviteye infertilitenin yol açtığı sınırlamaları tanımlayacak.
- Bu sınırlılıklara tepki olarak, cinsel aktivitede uygun modifikasyonların neler olduğunu tanımlayacak.
- Birey, cinsel ilişkisinde memnuniyet bildirecek.

##### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Güven verici hemşire-birey ilişkisi kurulur, cinsel yaşama ilişkin öykü alınır. Cinsel öyküdü; (100).
  - Çiftin ilişkilerinin başlamasından itibaren cinsel yaşamlarını nasıl tanımladıklarını,
  - İnfertilite tanısından sonra cinsel yaşamlarında dikkatlerini çeken bir değişiklik olup olmadığı,
  - Bir değişiklik varsa bunun çift için ne anlam ifade ettiği,
  - İnfertilite tanı ve tedavi uygulamalarının, çiftin cinsel yaşamına etkilerini nasıl değerlendirdikleri sorgulanır.
- Cinsellik ve cinsel sorunlar hakkında konuşurken bireylere zaman ayrılır, bireyin mahremiyetine önem verilerek, duygu düşüncelerini öğrenmeye ve kabul etmeye çaba gösterilir (118,119).
- Çiftin sosyo-kültürel düzeyine uygun, ortak bir dil kullanmaya özen gösterilir (100).
- Çiftlere rahat ve açık bir tavırla yaklaşılır, sorun ne olursa olsun, ciddiyetle ele alınır, bireyin mahremiyetine önem verilerek, duygu düşüncelerini öğrenmeye ve kabul etmeye çaba gösterilir (100).
- Çiftler cinsel yaşamlarıyla ilgili duygularını, düşüncelerini, yaşadıkları sorun ve güçlükleri ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilir (100).
- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konularda soru sorması için desteklenir (118).
- Stres ve cinsel fonksiyon arasındaki ilişki tanımlanır. Bireyden infertilite stresinin cinselliğe nasıl engel olduğunu tanımlaması istenir (122).
- Bireyden, cinsel öyküleri ve nasıl değiştiğini tanımlaması istenir. Yargılamadan ve gerçekçi olarak dinlenir (118,122).
- Eşi ile ilişkisini inceleyip tanımlaması sağlanır (118).



- Birey ve eşi, görüşme boyunca problemlerinden bahsetmeye teşvik edilir; birey ve eşi ile cinsel tatmin sağlamanın alternatif yolları (kucaklama, öpme, sarılma gibi) tartışılır (122).
- Birey cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olabilecek fizyolojik ve emosyonel konular hakkında konuşması, duygularını dile getirmesi ve soru sorması için cesaretlendirilir (122).
- Eğer cinsel sorunlar çiftlerde kişisel veya kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açıyorsa, çift psikolog, evlilik terapisti veya seks terapistine yönlendirilir (100).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi”ni incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezinde Eylül 2008-Mart 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezinde infertilite tedavisi gören çiftler oluşturmuştur.

Ünitede 2007 yılında; IVF uygulama sayısı 321, IUI uygulama sayısı 358 dir. Toplam uygulama sayısı ise 679 dur. Örneklem büyüklüğü 0,05 hata payı ve %80 güçle hesaplanmıştır (123) ve 184 çift belirlenmiştir. Ancak araştırmanın gücünü artırmak için 200 çift araştırma kapsamına alınmıştır.

### 3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezine başvuran, kesin infertilite tanısı almış, tedavi aşamasında olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çiftler araştırmaya alınmıştır.

### 3.5. Araştırma Etiği

Çalışmanın yürütülebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden (EK: 1) ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (EK: 2) izin alınmıştır. Çalışmanın amacı, araştırmaya katılacak olan çiftlere açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden çiftlerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK: 3 ).

### 3.6. Kullanılan Gereçler

Veri toplama aracı, Kişisel Bilgi Formu, SF-36 (Kısa Form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

### 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak (29,30,35,40,41,75,112,113) hazırlanan soru formunda, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, boy, kilo ölçümü, eğitim durumu, çalışma durumu ve mesleği, sosyal güvence durumu, gelir durumu, en uzun süre oturulan yer, aile tipi), infertilite öyküsünü (infertilite süresi, daha önce uygulanan tıbbi tedavi, daha cerrahi işlem geçirme durumu, daha önce yardımcı üreme tekniği uygulanma durumu, gebelik durumu ve infertilite sorununun kime ait olduğu), sigara ve alkol kullanma durumunu sorgulayan 19 soru bulunmaktadır (EK: 4). İnfertilite faktörüne ilişkin bilgi hasta dosyasından alınmıştır. Çiftlerin boy ve kilosuna ilişkin bilgi ise, kendi ifadelerine dayanarak doldurulmuştur.

BKİ =Ağırlık (kg) / Boy<sup>2</sup> (m) formülü ile hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü indeksine göre gruplandırılmıştır (124).

<b>Zayıf:</b>	< 18.50
<b>Normal:</b>	18.50 - 24.99
<b>Kilolu:</b>	≥ 25.00
<b>Obez:</b>	≥ 30.00

### 3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile)

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda çalışmada kullanılmış bir ölçektir (125-127). Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır (EK:5). Güvenirlik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş, toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için Cronbach alfa kat sayısı 0.99 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da Cronbach alfa kat sayısı 0.94 olarak saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bir kez daha belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ülkemizde farklı araştırmalarda da kullanılmıştır (76,80,128-130).

Bu araştırmaya başlandığında Bahar ve ark. (2008) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinin 52 maddelik versiyonu henüz yayınlanmadığından (131), Esin (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan 48 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Ölçek altı alt gruptan oluşmaktadır. Ölçeğin alt grupları, soru sayıları ve madde puan aralıkları Tablo 3.1.’de görülmektedir.

**Tablo 3.1.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt grupları, soru sayısı ve puan aralıkları

Alt Gruplar	Soru Sayısı	Puan Aralığı
Kendini Gerçekleştirme (3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48)	13	13–52
Sağlık Sorumluluğu (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46)	10	10–40
Egzersiz (4, 13, 22, 30 ve 38)	5	5–20
Beslenme (1, 5, 14, 19, 26 ve 35)	6	6-24
Kişilerarası Destek (10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47)	7	7-28
Stres Yönetimi (6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45)	7	7-28
Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği Toplam Puanı	48	48–192

Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Alınan yüksek puan bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Seçenekler 4'lü likert tipi şeklindedir. “Hiçbir zaman” yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “Sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli” olarak yanıtı için “4” puan verilir. Ölçekte toplamda en düşük 48 puan, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin tamamı ve alt gruplarından alınan yüksek puan, olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Bu çalışmada uzmanlardan gelen görüş doğrultusunda çalışmanın adı “İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi” olarak kabul edilmiştir. Ancak çalışmada sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinden söz ederken “yaşam tarzı” ifadesi değil “yaşam biçimi” ifadesi tercih edilmiştir.

### 3.6.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği: Kısa Form-36

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde profil ölçüt özelliğine sahip olan ve geniş açılı ölçüm olanağı sağlayan Kısa Form-36 (SF-36), Rand Corporation (1992) tarafından geliştirilmiştir (132) (EK: 6). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Koçyiğit ve ark. (133) tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları osteoartriti olan 50 ve kronik bel ağrısı olan 50 hasta üzerinde yapılmıştır. Güvenirlik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0.73–0.76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları ise 0.47–0.88 arasında hesaplanmıştır. Sonuç olarak SF-36'nın Türkiye'de kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (132,133). Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa kat sayısı fiziksel sağlık bileşenleri için 0.88, mental sağlık bileşenleri için 0.95 bulunmuştur.

SF-36 ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 8 alt boyutu vardır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde),

mental sağlık (5 madde), vitalite/enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) dir (132). (Tablo 3.2.)

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında olumsuz maddeler tersine kodlanarak puanlama yapılmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği için toplam bir puan elde etmek mümkün değildir. Ancak, SF-36 ölçeğinde sağlığın fiziksel ve mental bileşenleri için özet puanlar elde edilebilmektedir. SF-36 sağlık durumunun hem olumlu hem olumsuz yönlerini değerlendirmektedir. Alt ölçeklerden en düşük "0" en yüksek "100" puan alınmaktadır ve alınan yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (132,134).

**Tablo 3.2.** SF-36 ölçeğinin değerlendirme şekli

Parametreler	İlgili maddeler	En düşük ham puan	Olası ham puan
<b>Fiziksel Sağlık Bileşenleri</b>			
Fiziksel fonksiyon	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10	20
Fiziksel rol kısıtlılığı	4 (a+b+c+d)	4	4
Ağrı	7+8	2	10
Genel sağlık algısı	1+11 (a+b+c+d)	5	20
<b>Mental Sağlık Bileşenleri</b>			
Vitalite/Enerji	9 (a+e+g+i)	4	20
Sosyal fonksiyon	6+10	2	8
Emosyonel rol kısıtlılığı	5 (a+b+c)	3	3
Mental sağlık	9 (b+c+d+f+g)	5	25

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan / olası ham puan \* 100

### 3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Alınan uzman önerileri ve yapılan düzenlemeler sonucunda, son şekli verilen soru formunun anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla, örneklem özelliklerine uygun olan 15 çift ile araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır.

### 3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çiftlere, araştırmacı tarafından onam formu (EK:3) okutulup imzalatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden çiftlere sessiz ve sakin bir ortam sağlandıktan sonra, soru formu ayrı ayrı uygulanmıştır.

### 3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Bu araştırmada tanımlayıcı istatistikler, varyansları homojen olmayan iki grup için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark varsa bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede ise,

Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney testi kullanılmıştır.  $\alpha = 0.05$  kabul edilmiştir. Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney için bağımsız değişken sayısına göre p değeri hesaplanmıştır (135). Varyanslar homojen olmadığından, puanları yorumlamada ortalama yerine ortanca kullanılmıştır. Ölçeklerin Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Değişkenlerin birbiri ile ilişkilerini belirlemede ise, Spearman korelasyon analizi kullanılmış ve ilişkinin gücünü belirleme aşağıdaki değerler dikkate alınmıştır (136):

0.00-0.25	Çok zayıf
0.26-0.49	Zayıf
0.50-0.69	Orta
0.70-0.89	Yüksek
0.90-1.00	Çok yüksek

### 3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın **bağımlı değişkenleri**; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve mental sağlık bileşenleri puanıdır.

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri**; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, en uzun süre oturulan yer, aile tipi, infertilite süresi, cerrahi operasyon geçirme öyküsü, daha önce yardımcı üreme tekniği uygulanma durumu, gebelik durumu, infertilite nedeni, beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanma durumudur.

### 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Bu çalışmanın evrenini, yalnızca Antalya ilindeki Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Endokrinolojisi ve Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezine başvuran infertil çiftler oluşturmuştur. Çalışma tek bir merkezde yapıldığından, ülkemizdeki infertil popülasyonuna genellenememesi,
- Çalışma tek bir merkezde yapıldığından, bölgelerarası farklılıkları ortaya çıkarmada yetersiz olması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin infertil çiftlerde yalnızca bir çalışmada kullanılmış olmasıdır (137).

## BULGULAR

Bu çalışmadan elde edilen veriler iki bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde, infertil çiftlerin tanıtıcı özellikleri, infertilite öyküsü ve bazı sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. İkinci bölümde ise, çiftlerin yaşam biçimi ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörler belirtilmektedir.

### 4.1. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi

**Tablo 4.1.1.** İnfertilite tedavisi gören çiftlere ilişkin tanıtıcı özellikler

Tanıtıcı Özellikler	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş grupları</b>				
20-24	18	9.0	-	-
25-29	75	37.5	41	20.5
30-34	55	27.5	69	34.5
35-39	37	18.5	48	24.0
40-44	15	7.5	30	15.0
45 yaş ve üstü	-	-	12	6.0
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul mezunu	81	40.5	79	39.5
Ortaokul mezunu	27	13.5	33	16.5
Lise mezunu	58	29.0	40	20.0
Üniversite mezunu	34	17.0	48	24.0
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	82	41.0	200	100.0
Çalışmıyor	118	59.0	-	-
<b>Meslek</b>				
İşçi	29	35.3	96	48.0
Memur	40	48.8	42	21.0
Serbest meslek	13	15.9	62	31.0
<b>Sosyal güvence durumu</b>				
Var	191	95.5	191	95.5
Yok	9	4.5	9	4.5
<b>Gelir durumu</b>				
Gelir giderden az	63	31.5	60	30.0
Gelir gidere eşit	80	40.0	74	37.0
Gelir giderden fazla	57	28.5	66	33.0
<b>En uzun süre yaşanan yer</b>				
İl merkezi	112	56.0	116	58.0
İlçe	60	30.0	59	29.5
Köy	28	14.0	25	12.5
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek aile	174	87.0	174	87.0
Geniş aile	26	13.0	26	13.0

Araştırma kapsamına alınan infertil çiftlerden kadınların yaş ortalaması  $31.04 \pm 5.26$ , erkeklerin  $34.52 \pm 6.08$ 'dir. Kadınların %40.5'i, erkeklerin ise %39.5'i ilkokul mezundur. Erkeklerin tamamı, kadınların ise %41'i çalışmaktadır (Tablo 4.1.1).

**Tablo 4.1.2** İnfertil çiftlerin infertilite öyküsüne göre dağılımı

<b>İnfertilite öyküsü</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İnfertilite süresi</b>		
1-5 yıl	122	61.0
6-10 yıl	44	22.0
11-15 yıl	23	11.5
16 yıl ve üzeri	11	5.5
<b>İnfertilite nedeni</b>		
Kadın faktörü	95	47.5
Erkek faktörü	45	22.5
Kombine faktör	16	8.0
Açıklanamayan faktör	44	22.0
<b>İnfertilite tipi</b>		
Sekonder infertilite	33	16.5
Primer İnfertilite	167	83.5
<b>Uygulanan YÜT sayısı</b>		
Hiç	42	21.0
1 kez	57	28.5
2 kez	52	26.0
3 ve daha fazla	49	24.5

İnfertil çiftlerin infertilite öyküsü incelendiğinde, %61'inin 1-5 yıl infertilite yaşadığı, %47.5'inin kadın nedenli infertil olduğu, %83.5'ünün primer infertil olduğu ve %28.5'ine daha önce bir kez YÜT uygulandığı bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Çiftlerin infertilite süresi 1-22 yıl arasında değişmekte olup, ortalama infertilite süresi 6.01±4.82 yıldır.



**Tablo 4.1.3.** İnfertil çiftlerin cerrahi işlem geçirme durumu ve çiftlere daha önce uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı

Tedavi öyküsü	Kadın (n=200)		Erkek (n=200)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cerrahi işlem geçirme öyküsü</b>				
Var	72	36.0	32	16.0
Yok	128	64.0	168	84.0
<b>Daha önce uygulanan tedavi yöntemleri</b>				
Yok	31	15.5		
Ovulasyon İndüksiyon Tedavisi	13	6.5		
Ovulasyon İndüksiyonu Tedavisi + IUI	61	30.5		
Ovulasyon İndüksiyonu Tedavisi + IVF	14	7.0		
Ovulasyon İndüksiyon Tedavisi +IUI + IVF	30	15.0		
Ovulasyon İndüksiyon Tedavisi + IUI + Tubal cerrahi	35	17.5		
Ovulasyon İndüksiyon Tedavisi + IVF + Tubal cerrahi	16	8.0		

İnfertil kadınların cerrahi işlem geçirme durumu incelendiğinde, kadınların %36'sı, erkeklerin ise %16'sı infertiliteyle ilgili tanı ya da tedavi amaçlı cerrahi işlem geçirdiğini ifade etmiştir. Kadınların %30.5'ine daha önce ovulasyon indüksiyonu tedavisi ile birlikte IUI uygulanmıştır.

**Tablo 4.1.4.** İnfertil çiftlerin bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı

Bazı sağlık özellikleri	Kadın (n=200)		Erkek (n=200)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Sigara içme durumu</b>				
İçiyor	43	21.5	133	66.5
İçmiyor	157	78.5	67	33.5
<b>Alkol kullanma durumu</b>				
Kullanıyor	14	7	24	12
Kullanmıyor	186	93	176	88
<b>BKİ</b>				
Normal	121	60.5	81	40.5
Fazla kilolu	61	30.5	105	52.5
Obez	18	9.0	14	7.0

Araştırmada kadınların %21.5'i, erkeklerin ise %66.5'i sigara içtiğini, kadınların %93'ü, erkeklerin ise %88'i alkol kullanmadığını ifade etmiştir. Kadınların %60.5'inin, erkeklerin ise %40.5'inin normal kiloda olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4).

#### 4.2. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

**Tablo 4.2.1.** Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin alt grupları

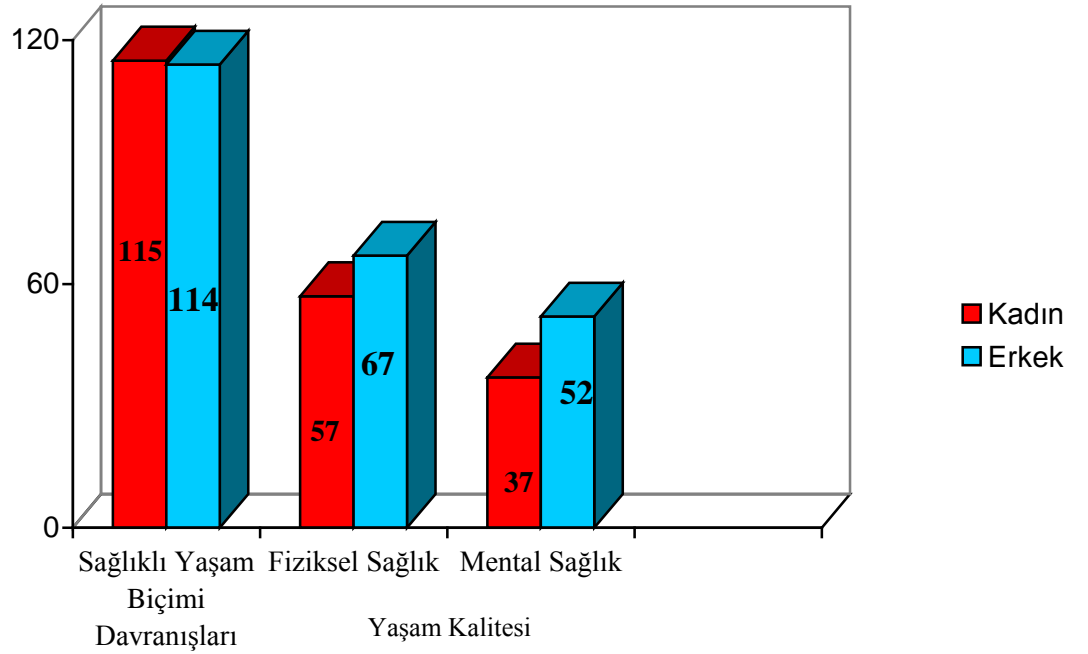
Ölçeklerin alt grupları	Kadın		Erkek		Z	p
	Ortanca	Min-Max.	Ortanca	Min-Max.		
<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği</b>						
Kendini gerçekleştirme	35.00	16-52	41.00	25-52	-7.282	<b>0.000</b>
Sağlık sorumluluğu	21.50	11-40	17.00	10-37	-7.766	<b>0.000</b>
Egzersiz	7.00	5-18	6.00	5-15	-1.073	0.283
Beslenme	17.50	7-24	16.00	9-24	-3.532	<b>0.000</b>
Kişilerarası destek	19.00	11-28	18.50	11-28	-1.214	0.225
Stres yönetimi	16.50	8.-28	16.00	10-25	-0.330	0.742
<b>SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>						
Fiziksel fonksiyon	90.00	15 -100	100.00	5-100	-5.548	<b>0.000</b>
Fiziksel rol	100.00	0-100	100.00	0-100	-3.689	<b>0.000</b>
Ağrı	70.00	0-100	100.00	20 -100	-6.030	<b>0.000</b>
Genel sağlık algısı	50.00	0-95	70.00	5- 100	-7.608	<b>0.000</b>
Canlılık	40.00	0-100	60.00	5- 100	-6.899	<b>0.000</b>
Sosyal fonksiyon	50.00	0-100	75.00	0-100	-7.472	<b>0.000</b>
Emosyonel rol	0.00	0-100	100.00	0-100	-6.437	<b>0.000</b>
Mental sağlık	44.00	4-96	68.00	8-96	-6.760	<b>0.000</b>

İnfertil kadınların kendini gerçekleştirme durumları erkeklere göre düşük, sağlık sorumluluğu ve beslenme durumları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca, infertil kadınların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının erkeklerden düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.2.** Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları

Cinsiyet	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Kadın	200	115.00	75-175	57.00	34-74	37.00	16-64
Erkek	200	114.00	71-168	67.00	28-75	52.00	20-65
		Z= -0.35 p= 0.723		Z= -8.62 p= <b>0.000</b>		Z= -7.47 p= <b>0.000</b>	

Kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.2) (Şekil 4.1.).



**Şekil 4.1.** Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları

**Tablo 4.2.3.** Yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi

Yaş	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
			Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
	r	p	r	p	r	p
<b>Kadın</b>	-0.142(*)	<b>0.044</b>	-0.409(**)	<b>0.000</b>	-0.305(**)	<b>0.000</b>
<b>Erkek</b>	-0.017	0.811	-0.307(**)	<b>0.000</b>	-0.274(**)	<b>0.000</b>

\* p<0.05, \*\* p<0.01

İnfertil kadınların yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), erkeklerin yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çiftlerin yaşı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.3). Buna göre yaş ilerledikçe, hem kadınların hem de erkeklerin yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir.

**Tablo 4.2.4.** Eğitim durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

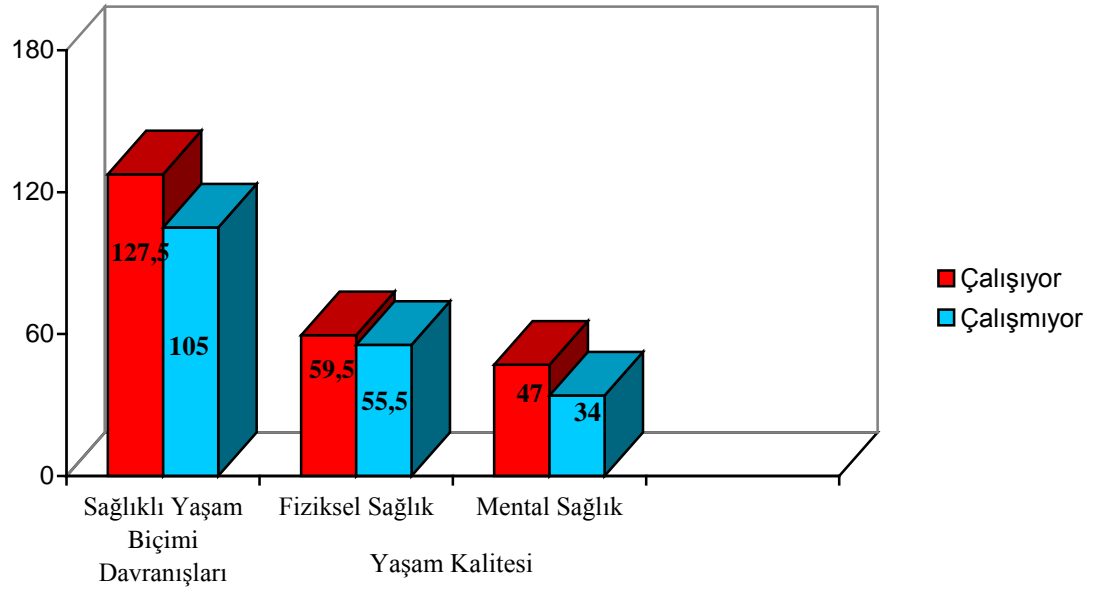
Eğitim düzeyi	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
İlkokul mezunu	81	104.00	75-160	53.00	34-69	33.00	16 -64
Ortaokul mezunu	27	107.00	80-151	59.00	34 -71	36.00	17-61
Lise mezunu	58	119.00	78-165	60.00	41-74	42.00	18-63
Üniversite mezunu	34	144.50	96-175	62.50	45-73	50.50	21-63
		KW=53.91 <b>p=0.000</b>		KW= 30.40 <b>p=0.000</b>		KW=27.19 <b>p=0.000</b>	
<b>Erkek</b>							
İlkokul mezunu	79	110.00	81-154	65.00	28-75	48.00	20-63
Ortaokul mezunu	33	112.00	71-163	67.00	43-75	52.00	21-63
Lise mezunu	40	115.00	89-155	69.00	51-73	54.00	29-65
Üniversite mezunu	48	126.00	96-168	69.00	43-75	55.00	25-65
		KW= 20.44 <b>P=0.000</b>		KW=12.32 <b>p=0.006</b>		KW=17.11 <b>p=0.001</b>	

İnfertilite tedavisi alan çiftlerde eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. İlkokul mezunu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu, ortaokul ve lise mezunlarının ise, üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.008$ ). İlkokul ve ortaokul mezunu erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise, üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. ( $p<0.008$ ). İnfertil çiftlerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, hem kadın hem de erkeklerde ilkokul mezunlarının yaşam kalitesinin, lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.008$ ).

**Tablo 4.2.5.** Kadınların çalışma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Çalışma Durumu	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Çalışıyor	82	127.50	77-175	59.50	35-74	47.00	18-63
Çalışmıyor	118	105.00	75-156	55.50	34-72	34.00	16-64
		Z=-4.99 p=0.000		Z=-7.921 p=0.000		Z=-7.884 p=0.000	

Çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi, çalışmayanlara daha göre yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.5) (Şekil 4.2.)



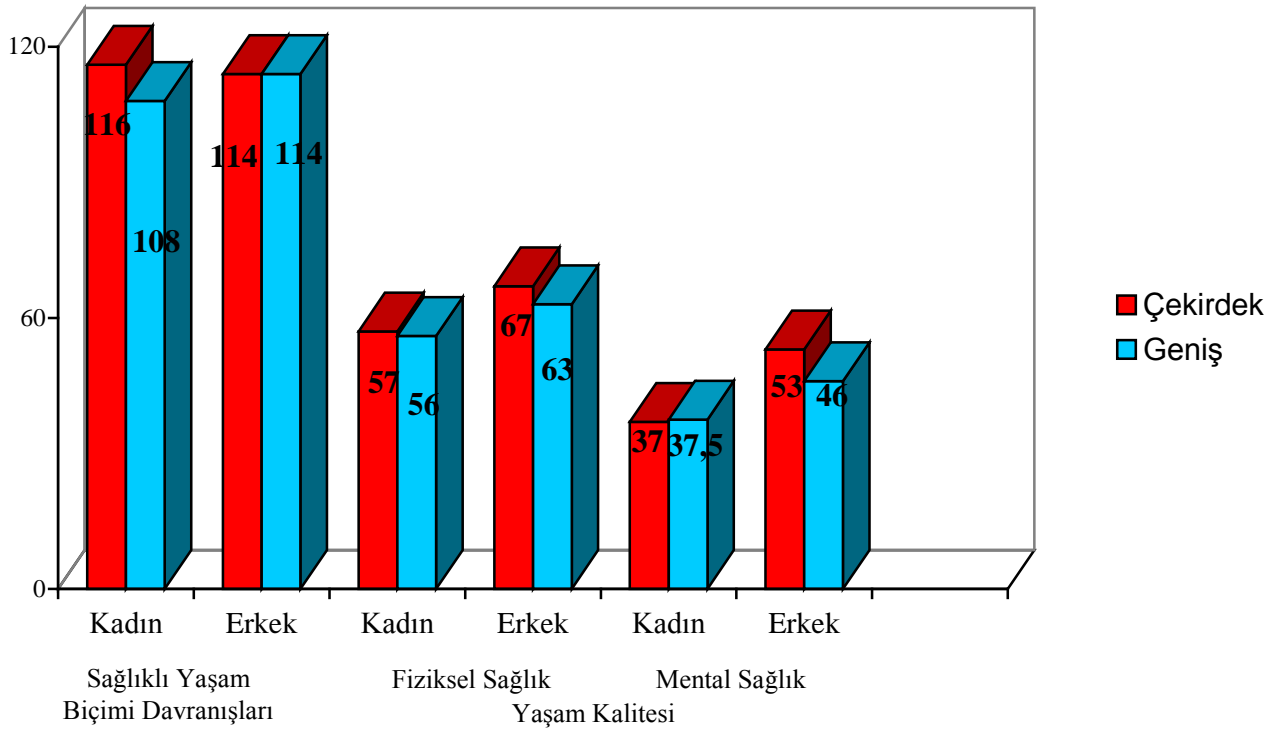
**Şekil 4.2.** Kadınların çalışma durumuna göre yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları

**Tablo 4.2.6.** Aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Aile tipi	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
Çekirdek	174	116.00	75-175	57.00	34-74	37.00	16-64
Geniş	26	108.00	77-150	56.00	35-66	37.50	18-63
		Z=-2.194 p=0.028		Z=-1.563 p= 0.118		Z=-0.794 p=0.427	
<b>Erkek</b>							
Çekirdek	174	114.00	71-168	67.00	43-75	53.00	20-65
Geniş	26	114.00	85-154	63.00	28-74	46.00	30-59
		Z=-0.191 p=0.849		Z=-1.717 p=0.086		Z=-2.054 p=0.040	

Çekirdek aile yapısında olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, geniş aile yapısında olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadınların aile tipinin yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.6) (Şekil 1.3.).

Erkeklerin aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel sağlığı etkilemediği ( $p>0.05$ ), ancak geniş aile yapısında olan erkeklerin mental sağlığının, çekirdek aile yapısında olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.6) (Şekil 4.3.).



**Şekil 4.3.** Aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumları

**Tablo 4.2.7.** Gelir durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Gelir durumu	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
Gelir giderden az	63	105.00	75-170	55.00	34-74	34.00	17-64
Gelir gidere eşit	80	116.00	77-162	57.00	35-72	39.00	16-63
Gelir giderden fazla	57	127.00	84-175	60.00	34-73	45.00	16-63
		KW=17.680 p=0.000		KW=3.90 p=0.142		KW=5.797 p=0.055	
<b>Erkek</b>							
Gelir giderden az	60	112.00	92-163	67.00	43-75	52.00	23-63
Gelir gidere eşit	74	112.00	71-156	65.00	28-75	51.00	20-65
Gelir giderden fazla	66	119.00	82-168	67.50	43-75	53.00	20-65
		KW= 8.947 p=0.011		KW=0.913 p=0.634		KW=3.520 p=0.172	

İnfertil çiftlerde geliri giderden fazla olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, geliri giderden az olanlara ve geliri giderine eşit olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.016$ ). Ancak, çiftlerde gelir durumunun yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.7).

**Tablo 4.2.8.** En uzun süre yaşanan yere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

En uzun süre yaşanan yer	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
İl merkezi	112	119.50	77-175	58.00	34-74	38.50	16-63
İlçe	60	115.00	77-162	56.50	34-73	38.50	16-64
Köy	28	95.50	75-156	53.00	39-72	27.50	17-61
		KW=14.742 p=0.001		KW= 8.355 p=0.015		KW=9.747 p=0.008	
<b>Erkek</b>							
İl merkezi	116	115.00	71-168	68.00	43-75	53.00	22-65
İlçe	59	112.00	81-154	63.00	43-75	48.00	20-63
Köy	25	112.00	90-154	64.00	28-74	50.00	23-63
		KW= 3.780 p=0.151		KW= 12.25 p=0.002		KW=7.685 p=0.021	

Araştırmada, köyde yaşayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin, ilde yaşayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.016$ ).

Erkeklerde ise en uzun süre yaşanan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği ancak, köyde ve ilçede yaşamının yaşam kalitesini azalttığı görülmüştür (Tablo 4.2.8)



**Tablo 4.2.9.** Beden kitle indeksi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi

Beden kitle indeksi	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
			Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
	r	p	r	p	r	p
<b>Kadın</b>	-0.144(*)	<b>0.041</b>	-0.303(**)	<b>0.000</b>	-0.161(*)	<b>0.023</b>
<b>Erkek</b>	-0.110	0.123	-0.269(**)	<b>0.000</b>	-0.195(**)	<b>0.006</b>

\* p <0.05, \*\* p <0.01

Kadınların BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kaliteleri arasında çok zayıf ve negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Erkeklerin BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki bulunmazken (p>0.05), BKİ ile yaşam kaliteleri arasında zayıf ve negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.2.9). Buna göre BKİ arttıkça kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmakta, erkeklerde ise değişiklik olmamaktadır. Ayrıca, BKİ arttıkça hem kadın hem de erkeklerin yaşam kalitesi azalmaktadır.

**Tablo 4.2.10.** Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Sigara ve alkol kullanma durumu	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b> Sigara içiyor	43	123.00	77-168	60.00	38-74	45.00	18-64
	157	113.00	75-175	56.00	34-73	36.00	16-63
		Z=-2.223 p=0.026		Z=-1.619 p=0.106		Z=-2.532 p=0.011	
Alkol kullanıyor Alkol kullanmıyor	14	112.00	96-154	52.00	46-67	34.50	21-57
	186	115.00	75-175	57.00	34-74	38.50	16-64
		Z=-.259 p=0.796		Z=-1.888 p=0.059		Z=-.726 p=0.468	
<b>Erkek</b> Sigara içiyor	133	113.00	71-163	66.00	43-75	51.00	20-65
	67	117.00	82-168	68.00	28-75	54.00	20-65
		Z=-1.819 p=0.069		Z=-1.949 p=0.051		Z=-2.475 p=0.013	
Alkol kullanıyor Alkol kullanmıyor	24	113.00	82-151	63.50	28-75	50.50	20-65
	176	114.00	71-168	67.00	43-75	52.00	21-65
		Z=-0.684 p=0.494		Z=-1.327 p=0.184		Z=-0.655 p=0.513	

Sigara kullanmanın kadınlarda fiziksel sağlığı etkileyen bir değişken olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Ancak sigara kullanan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve mental sağlığının, kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.10). Erkeklerde ise sigara kullanmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel sağlığı etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ancak, sigara kullanan erkeklerin mental sağlığının, kullanmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2.10).

İnfertil çiftlerde alkol kullanmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkileyen bir değişken olmadığı gösterilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.2.10).

### 4.3. İnfertilite ile ilgili bazı değişkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

**Tablo 4.3.1.** İnfertilite süresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin ilişkisi

İnfertilite süresi	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
			Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
	r	p	r	p	r	p
<b>Kadın</b>	-0.333(**)	<b>0.000</b>	-0.323(**)	<b>0.000</b>	-0.327(**)	<b>0.000</b>
<b>Erkek</b>	-0.198(**)	<b>0.005</b>	-0.298(**)	<b>0.000</b>	-0.323(**)	<b>0.000</b>

\*\*p < 0.01

İnfertil çiftlerin infertilite süreleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kaliteleri arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.3.1). Buna göre infertilite süresi uzadıkça, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir.

**Tablo 4.3.2** İnfertilite faktörüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

İnfertilite faktörü	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
Kadın faktörü	95	116.00	75-173	57.00	34-73	39.00	16-63
Erkek faktörü	45	106.00	80-170	57.00	36-71	34.00	17-63
Kombine faktör	16	107.00	92-146	53.00	36-69	33.50	16-59
Açıklanamayan faktör	44	120.00	84-175	58.50	34-74	44.00	18-64
		KW=5.374 p=0.146		KW=4.257 p=0.235		KW=7.80 p=0.050	
<b>Erkek</b>							
Kadın faktörü	95	107.00	81-154	62.00	52-74	42.00	20-61
Erkek faktörü	45	116.00	83-163	69.00	28-75	55.00	29-65
Kombine faktör	16	105.00	71-156	62.50	43-72	43.50	20-64
Açıklanamayan faktör	44	119.00	96-168	67.50	43-75	52.50	21-65
		KW=19.199 p=0.000		KW=21.442 p=0.000		KW=32.802 p=0.000	

Kadınlarda infertilite faktörünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel sağlığı etkilemediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ancak, infertilitenin erkek faktörlü olduğunu belirten kadınların mental sağlıklarının, nedeninin belli olmadığını belirten kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.008$ ).

İnfertilitenin kadın nedenli olduğunu belirten erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, infertilitenin erkek nedenli olduğunu belirten erkeklere ve nedeninin belli olmadığını belirten erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.008$ ). Ayrıca infertilitenin kadın nedenli olduğunu belirten erkeklerin yaşam kalitesinin, erkek nedenli olduğunu belirten erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.008$ ).

**Tablo 4.3.3.** Cerrahi işlem geçirme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b> Cerrahi işlem geçirmiş Cerrahi işlem geçirmemiş	72	115.00	75-168	56.50	36-74	36.50	16-63
	128	114.00	78-175	57.00	34-73	39.00	16-64
		Z=-0.295 p=0.768	Z=-0.510 p=0.611	Z=-0.003 p=0.998			
<b>Erkek</b> Cerrahi işlem geçirmiş Cerrahi işlem geçirmemiş	32	108.00	81-161	59.00	28-74	43.00	20-60
	168	115.50	71-168	68.00	43-75	53.00	20-65
		Z=-2.205 p=0.027	Z=-4.086 p=0.000	Z=-3.188 p=0.001			

Kadınlarda jinekolojik cerrahi işlem geçirme durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.3). Ancak, androlojik cerrahi işlem geçiren erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi, geçirmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.3).

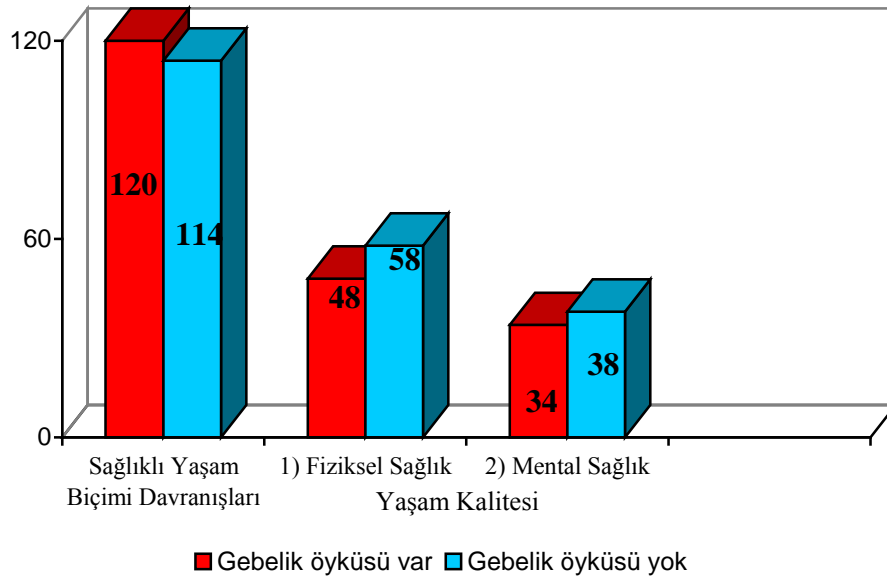
**Tablo 4.3.4.** Uygulanan yardımcı üreme tekniği sayısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

YÜT uygulanma sayısı	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
<b>Kadın</b>							
Hiç	42	118.00	83-170	59.00	34-74	40.50	19-69
Bir kez	57	115.00	75-173	60.00	41-73	39.00	16-63
İki kez	52	118.00	78-165	55.00	35-71	38.50	17-64
Üç ve üzeri	49	108.00	77-175	55.00	34-69	32.00	16-59
		KW=2.767 p=0.429		KW=11.537 p=0.009		KW=8.706 p=0.033	
<b>Erkek</b>							
Hiç	42	114.00	81-154	69.00	51-75	53.50	28-65
Bir kez	57	114.00	81-155	69.00	28-75	54.00	23-65
İki kez	52	117.50	89-163	64.50	43-73	50.50	23-65
Üç ve üzeri	49	113.00	71-168	66.00	43-75	49.00	20-64
		KW=7.710 p=0.052		KW=13.758 p=0.003		KW=9.859 p=0.020	

İnfertil çiftlere uygulanan YÜT sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği ( $p>0.05$ ), ancak yaşam kalitesini etkilediği ortaya çıkmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.4). Yapılan ikili karşılaştırmalarda, üç ve daha fazla YÜT uygulanan çiftlerin yaşam kalitesinin, daha önce hiç uygulanmayanlara ve bir kez uygulananlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.008$ ).

**Tablo 4.3.5.** Kadınların gebe kalma öyküsüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Gebelik öyküsü	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
				Fiziksel sağlık bileşenleri		Mental sağlık bileşenleri	
		Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max
Gebelik var	33	120.00	75-165	48.00	34-66	34.00	17-63
Gebelik yok	167	114.00	77-175	58.00	34-74	38.00	16-64
		Z=-0.016 p=0.987		Z=-5.027 p=0.000		Z=-1.906 p=0.057	



**Şekil 4.4.** Gebe kalma öyküsüne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi durumu

Gebelik öyküsünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve mental sağlığı etkilemediği saptanırken ( $p>0.05$ ), gebelik öyküsü olan kadınların fiziksel sağlığının, gebelik öyküsü olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.5). (Şekil 4.4.).

**Tablo 4.3.6.** İnfertil çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, yaşam kalitesi ile ilişkisi

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği			
	Kadın		Erkek	
	r	p	r	p
Fiziksel sağlık bileşenleri	0.469(**)	0.000	0.303(**)	0.000
Mental sağlık bileşenleri	0.733(**)	0.000	0.517(**)	0.000

\*\*  $p<0.01$

Kadınların ve erkeklerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.6). Buna göre hem kadınların hem de erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça, yaşam kaliteleri de artmaktadır.

## TARTIŞMA

İnfertilite tedavisi gören çiftlerde sağlıklı yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, elde edilen veriler aşağıda iki bölüm halinde tartışılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği infertil çiftlerde yalnızca bir çalışmada kullanıldığından (137), bulgularımız farklı alanlarda yapılan çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

### 5.1. İnfertilite tedavisi gören çiftlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi

İnfertilite tanı ve tedavi işlemlerinde daha çok kadınlar üzerinde durulmaktadır. Kadınların çocuk sahibi olmakta önemli bir yere sahip olmaları, tedavileri daha çok üstlenmiş olmaları ve erkeklerden daha çok çocuk sahibi olmak istemeleri, erkek ve kadınların infertiliteyi farklı şekilde algılamalarına ve yanıt vermelerine neden olmaktadır. Kadınlar, duyguları ve sıkıntıları hakkında konuşmak isterken, erkekler duygularını çoğunlukla içselleştirir ya da eşleri için daha güçlü olmak zorunda olduklarını hissedebilirler (2,18,19,20,98). İnfertilite tedavisi gören kadın ve erkek örneklem grubuyla ayrı ayrı çalışmak, onların duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmak önemlidir. Bu nedenle çalışmamızda infertil çiftler ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, kadınların (ortanca:115, min:75, max:175), ve erkeklerin (ortanca:114, min:71, max:168) sağlıklı yaşam biçimi puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ardahan & Bayık Temel (138)'in prostat kanserli hastalarda ve Arslan & Ceviz (80)'in ev hanımlarında yaptıkları çalışmalardan elde edilen puanlardan (sırasıyla 124.54±8.61, 119.89±20.63) daha kötü olduğu görülmektedir. İnfertilite ve tedavi yöntemleri, çiftlerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik olarak tüm yaşam alanlarını olumsuz etkilediğinden, çiftlerin daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir (Tablo 4.2.2).

Çalışmamızda kadınların yaşam kalitesinin, erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır. İnfertilitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda da, cinsiyetler arası farklılıkların olduğu belirlenmiştir. İnfertil kadın ve erkeklerin yaşam kalitesinin SF-36 ölçeği kullanılarak yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (27,29-32). Ayrıca infertil erkeklerin ağrı, emosyonel rol ve mental sağlık puanlarının, kadınlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır (33). Bolsoy ve ark. (34)'nın ülkemizde yaptıkları çalışmada ise, erkeklerin mental sağlığının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.



Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında infertil erkeklerin yaşam kalitesinin, fertil erkeklerden farklı olmadığı, ancak infertil kadınların yaşam kalitesinin fertil kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur (35,37,38). Ayrıca yapılan çalışmalarda infertil kadınların mental sağlığının (36), infertil çiftlerin ise fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkilerinin (139) normal popülasyona göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, fertil kadınlar ile infertil kadınlar arasında yaşam kalitesinin farklı olmadığı belirtilmiştir (140).

Birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde kadın ve anne sözcükleri eş anlamlı kullanılmakta ve böyle kültürel bir yapı içinde çocuksuzluk kadın için oldukça statü düşürücü bir durum olarak görülmektedir. Ülkemizde kırsal kesimde çocuğu olmayan çiftler toplum tarafından dışlanabilmekte, suç kadının omuzlarına yüklenebilmekte, kadın eşinin çocuk sahibi olabilmesi için kumayı kabullenmek zorunda kalabilmektedir (24). Halen geleneksel özelliklerini koruyan ve kadınların anne olarak toplumsal ve ailevi konumda değer kazandıkları toplumumuzda, infertilite durumunda önemli ruhsal sorunların olması beklenebilir. İnfertil kadınların, infertilite ile ilgili çevreden olumsuz tepkiler almasının da, erkeklere göre yaşam kalitelerinde daha fazla azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguları destekleyen diğer bir çalışmada da, infertil çiftler tedavi döneminde sonuç alamama, ekonomik yük, psikolojik sorunlar, sık sık tetkiklere maruz kalmak ve sürekli ilaç kullanmak zorunda olmak gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir (141). İnfertilite tedavisinin özellikle kadınların fiziksel sağlığını olumsuz etkilediğini gösteren bu çalışma bulgusundan yola çıkarak, invaziv işlemlere kadının daha fazla maruz kalmasının hem fiziksel hem mental sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği, dolayısıyla yaşam kalitesini azaltacağı düşünülmektedir. Bu açıdan, süreç boyunca kadının daha fazla stresöre maruz kalması, eşi ve sağlık profesyonelleri tarafından daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu düşünülebilir. Hemşirenin kadına işlem süresince bilgi vermesi ve desteklemesi önemlidir. İnfertilite tedavi sürecinde bilgilendirilen kadın tedaviye daha iyi uyum sağlayacak ve anksiyetesi de azalacaktır. İnvaziv girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, hemşire erkeğe bu süreçte eşini yalnız bırakmaması ve desteklemesi konusunda öneride bulunabilir. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin her bir eş tarafından anlaşılması, paylaşım açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışmada yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde yaşın önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmıştır. Yaş ilerledikçe, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı, erkeklerin ise değişmediği; yaş ilerledikçe çiftlerin yaşam kalitesinin de azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.3.). Chachamovich et al. (39), infertil kadınlarda yaş ilerledikçe fiziksel sağlığın da iyileştiğini saptamıştır. Khayata et al. (113), 30 yaş üzeri infertil kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirlemiştir. Bolsoy ve ark. (34), ülkemizde yaptıkları çalışmada, 35 yaş üzerindeki infertil çiftlerin yaşam kalitesini, 35 yaş altındaki çiftlere göre daha düşük bulmuştur. Souter et al. (142), infertil kadınların %32'sinin mental sağlıklarının oldukça düşük olduğunu saptamıştır. İleri yaşın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve psikolojik rahatsızlık riskini arttırdığını belirtmiştir. Wang et al. (117), ilerlemiş yaşın, infertil kadınların psikososyal sağlığını olumsuz etkilediğini bulmuştur. Kuş (63), kadınların

yaşı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptamıştır. Malhan ve ark. (64) ülkemizde yaptıkları çalışmada, infertil kadınların yaşının yaşam kalitelerini etkilemediğini belirtmiştir. Rashidi et al. (27) ve Ghasemzad & Farzadi (112) İranda yaptıkları çalışmada, genç infertil kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Çalışmaların farklı ülkelerde yapılmış olmasının ve klinikler arası hasta popülasyonlarının eşit olmamasının, ülkeler arasında farklılıklara neden olabileceği düşünülmektedir.

Fertilitenin en önemli göstergelerinden biri de erkeğin yaşından çok, kadının yaşındır. Günümüzde pek çok kadın, sosyal, eğitim, kariyer, iş, profesyonel, mali veya psikolojik nedenlerden dolayı gebeliği ertelediğinden dolayı, gebe kalmada bazı sıkıntılar yaşamaktadır (7,11,68). İnfertilite tedavisinin ileri yaştaki çiftlerde, genç çiftlere göre daha farklı etkiye sahip olması olasıdır. Çünkü ileri yaştaki çiftlerin bebek sahibi olmalarında, YÜT tedavisinin son şans olması onlarda strese neden olabilir. YÜT'nin ileri yaştaki kadınlarda başarı olasılığının daha düşük olması, bu stresi daha da arttırabilir. İleri yaştaki çiftlerde daha düşük yaşam kalitesinin olmasının bir nedeni de, farklı dönemlerde çıkarılan tebliğ ve yönetmeliklerle infertilite tedavisine bazı kısıtlamaların getirilmesi olabilir. Çalışmamızın yapıldığı dönemde çıkarılan tebliğ ile (EK: 7), çocuk sahibi olamayan çiftler en fazla iki tüp bebek denemesi ile sınırlandırılmış, 23 yaşından büyük ve 39 yaşından küçük çiftler sigorta kapsamına alınmıştır. İnfertilite tedavisine getirilen bu kısıtlamaların, ileri yaştaki kadınlarda biyolojik zaman baskısı nedeniyle daha fazla distres yaşamasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca 2010 yılında çıkarılan yönetmelikle ise (EK: 8), üremeye yardımcı tedavi uygulamasında 35 yaşından küçük kadınlarda birinci ve ikinci uygulamada tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo transferi, 35 yaş ve üzeri kadınlarda ise tüm uygulamalarda iki embriyo transferi konusunda kısıtlamalar getirilmiştir. Yine yapılan bu kısıtlamaların, tedavi alan çiftlerin gebelik olasılığını azaltarak, onlarda umutsuzluğa yol açabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada, infertil çiftlerde yaşam biçimi ve yaşam kalitesine etki eden bir faktörün de eğitim düzeyi olduğu ortaya çıkmıştır. İnfertil çiftlerin eğitim düzeyi arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür (Tablo 4.2.4). Yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin artmasıyla infertilite distres seviyesinin (143), ağrı, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, skorunun azaldığı (37), mental sağlık, genel sağlık ve enerji skorunun arttığı (39) gösterilmiştir. Ghasemzad & Farzadi (112) ve Rashidi et al. (27)'nin yaptıkları çalışmalarda da, eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Fekkes et al. (38), düşük ve orta eğitim düzeyi olan kadınların, daha düşük çevre, enerji ve mental sağlık skoru olduğunu belirtmiştir. Bolsoy ve ark. (34), eğitim düzeyi düşük olan kadın ve erkeklerde daha düşük çevresel alan skorunun olduğunu belirtmişlerdir. Malhan ve ark. (64)'da, eğitim düzeyi düşük olan kadınların, fiziksel rol güçlüğü skorunun daha düşük olduğunu saptamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, yapılan birçok çalışma ile (27,34,37,38,39,64,112) benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi üreme ve sağlık davranışları açısından önem taşımakla birlikte, infertilitenin algılanmasını ve infertiliteye bağlı sorunların yaşanma düzeyini de etkilemektedir (60). Bireyin eğitim düzeyi arttıkça sağlığı algılayışı olumlu yönde değişmekte, kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenmekte, fiziksel ve mental semptomları yönetme stratejilerini daha fazla öğrenmekte ve kullanmaktadırlar (117). İnfertilite tedavisi gören çiftlerin, eğitim düzeyi yükseldikçe, yaşam kalitesinin yükselmesinin nedeni, sağlık risklerinin daha fazla farkında olmaları, sağlığı koruyucu önlemleri bilmeleri ve sağlık sorunu yaşadıklarında daha iyi baş edebilmeleri ile ilgili olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan çiftlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama bakımından daha iyi durumda olmaları, yaşam kalitelerinin artmasını sağlayabilir. Ayrıca, eğitim düzeyinin artmasının, infertil çiftlerin problemlerine uyumlarını ve bilinçlenmelerinin artmasını sağladığı gibi, yaşam kalitelerini de yükselteceğini söylemek mümkündür. Hemşirenin, eğitim düzeyinin bireyin yaşam biçimi ve yaşam kalitesini etkilediğini göz önüne alarak, kızların okutulmaları ve iş sahibi olmaları konusunda yol gösterici ve destekleyici bir tutum göstermeleri oldukça önemlidir.

Bu araştırmada dikkat çeken önemli bir bulguda, çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmasıdır (Tablo 4.2.4). Arslan & Ceviz (80), çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, ev hanımlarına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Malhan ve ark. (64) ise, infertil kadınların çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulmamıştır. Bireylerin sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmasında çalışma durumunun da etkisinin olduğu bilinmektedir. Kadınların çalışması, ekonomik güce sahip olması, sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi, tutum ve davranış kazanmasında etkili olmaktadır (144,145). Çalışan infertil kadınlarda infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğünü belirten çalışmalardan da yola çıkarak (98,146), çalışıyor olmanın yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir. Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça kadının ev dışında daha yüksek statüsü, daha iyi ücretli ve sosyal güvenceli iş bulma olasılığının artması nedeniyle de, çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu düşünülebilir. Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, kadının ekonomik haklarını düzeltmek için uzun vadeli, ülkesel düzeyde ve sektörler arası işbirliği sağlayacak stratejiler oluşturulmalıdır. Kadın istihdamı ve kadınların iş kurmak için gereksinim duydukları kredi olanakları artırılmalıdır. Kadınların yerel ve ülke düzeyinde politik aktivitelere katılımı sağlanmalıdır. İstihdam konusunda kadın erkek eşitliği geliştirilmelidir (147). Hemşireler ise, kadınlarla oldukları her durumda (eğitim, sağlık gibi) kadınların çalışma hayatındaki katkıları konusunda farkındalık yaratmalı, rehberlik etmelidir.

Çalışmada elde edilen bulgulardan birisi de, infertil çiftlerin gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği ancak yaşam kalitesini etkilemediğidir (Tablo 4.2.7). Bazı çalışmalar ise, düşük gelir düzeyinin, yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (32,34,112). Yardımcı üreme teknikleri pahalı olduğundan, infertilite tedavisinde gelir durumu oldukça önemlidir. Bazı durumlarda, infertilite tedavisinin tamamını sağlık sigortası kapsamayabilir. İnfertilite tedavisinde kullanılması gereken ilaçlar pahalı olduğundan, düşük ve orta

gelirli birçok çift tedavi masraflarını karşılamakta zorlanabilir (2). İnfertilite tedavisi çiftlere maddi bir yük getirmektedir. Gelir düzeyinin iyi olması infertil çiftlerin hizmetlere ulaşmasını kolaylaştıracağı gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da etkilememesi mümkündür. Çalışmamıza katılan çiftlerin hemen hemen tamamının sosyal güvencesi olmasına rağmen, katılımcıların yaklaşık %70'inin ekonomik durumunu orta ve düşük olarak bildirmesinin ve eğitim düzeylerinin düşük olmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltabileceği düşünülebilir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimleri belirlenmeli ve uygulanmalıdır (148).

Çalışmada ortaya çıkan önemli bir sonuçta; köyde yaşayan çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin daha düşük olmasıdır (Tablo 4.2.8). Ghasemzad & Farzadi (112) yaptıkları çalışmada, yaşanan yerin yaşam kalitesini etkilemediğini saptamıştır. Bizim çalışmamızda yaşanan yerin önemli olmasının nedeni; infertilite tedavisi görmek için bazı çiftlerin il merkezindeki yardımcı üreme teknikleri merkezine her hafta gelmek zorunda olmaları ve zamanlarının büyük bir kısmını burada geçirmeleridir. Tedavi olmak için, köy ya da ilçelerden gelmek zorunda olan çiftlerde bu durumun strese neden olması mümkündür.

Çekirdek aile yapısında olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, geniş aile yapısındakilere göre daha yüksek bulunurken, kadınlarda aile yapısının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Çekirdek aile yapısında olan erkeklerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunurken, aile yapısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür (Tablo 4.2.6). Kuş (63)'ün yaptığı çalışmada infertil kadınlar en çok ailelerinden, daha sonra arkadaşlarından sosyal destek gördüklerini ifade etmişlerdir. Kadınların algılanan sosyal destek puanları arttıkça, yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Bolsoy ve ark. (34)'nın ülkemizde yaptıkları çalışmada, çekirdek aile yapısında olan kadın ve erkeklerin yaşam kalitesini, geniş aile yapısındakilere göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde aile bağları güçlü olduğundan, infertilite problemi sadece çifti değil, onların ailelerini de etkilemektedir. (149). Bu durum, eşinin ailesi ile birlikte yaşayan kadınların, psikolojik yönden daha fazla örselenmiş olabileceklerini, sosyal aktivitelerini, ilişkilerini ve sağlık algılarını olumsuz yönde etkilediğini ve bu nedenle çekirdek ailede yaşayanların daha avantajlı olduklarını düşündürebilir.

Toplum ve aile baskısı, geniş aile yapısı olan erkeklerde psikolojik bir yük oluşturabilir. Toplumun ve akrabaların beklentileri nedeniyle infertil erkekler küçük düşüklerini hissedebilirler. Bu durum, kötü ekonomik durum ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen diğer faktörlerle birleştiğinde, duygusal bir kriz oluşturabilir. Mongo et al. (35)'in yaptığı çalışmada, infertil çiftlerin %83.3'ü çocuk sahibi olması için baskı hissettiklerini, baskının kaynağı olarak da arkadaş ve ebeveynleri bildirmişlerdir. Lau et al. (32) tarafından yapılan çalışmada, infertil çiftlerin %60'ından fazlası infertiliteden dolayı kendilerini baskı altında hissettiklerini, yarısından fazlası da cinsel ilişki sırasında baskı hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yaklaşık her beş erkekten biri ve her beş kadından ikisi "infertilitenin kadın için utanç verici" olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir Erkeklerdeki bu baskının, stres ve anksiyeteyi yükseltmesi beklenen bir durumdur. Bu nedenle hemşireler,

infertil erkeklerde de yoğun stres, anksiyete olabileceğini bilmeli ve bu konuda farklı baş etme teknikleri ile yardımcı olmaya çalışmalıdırlar.

Bu çalışmada elde edilen en çarpıcı bulgulardan biri, sigara kullanan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmasıdır. İnsanlar pek çok nedenle sigara içmektedir. Sigara bağımlıları, sigaranın kendilerini rahatlattığını, sakinleştirdiğini düşündüğü için sigaradan vazgeçmek istemediklerini ifade etmektedir. Özellikle kadınlar sigarayı yalnızlığını gideren bir arkadaş, sınırlendiklerinde sığınacak bir araç olarak görebilmektedirler (150). Bu nedenle çalışmamızda kadınların infertilite ve tedavinin stresiyle baş etme için, etkisiz baş etme davranışı olan sigarayı kullandıkları söylenebilir. Ayrıca, çalışmamızda yüksek oranda sigara kullanma oranının, infertilite riskini arttırabileceği ve açıklanamayan infertilite nedeni olabileceği düşünülebilir.

Kadınların neredeyse tamamının, erkeklerin ise büyük çoğunluğunun alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.4). İnfertil çiftlerde alkol kullanmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkilemediği ortaya çıkmıştır (Tablo 4.2.10). Alkol kullanma infertilite neden olabileceğinden, çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğunun , ya alkol kullanmadığı ya da tedaviye başlamadan önce alkolü bıraktığı söylenebilir. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, eğitim ve danışmanlık rolü olan hemşirenin, çiftleri sağlığı geliştirme davranışları konusunda bilgilendirilmeleri ve bu bilgilerini yaşama geçirebilmeleri için çiftleri desteklemeleri oldukça önemlidir. Hemşire, bireye sigara ve alkolün fertilité üzerine etkilerini açıklamalı, kullanımının azaltılması ya da bırakılmasında teşvik edici olmalıdır. Ayrıca, stresle etkili baş etme yöntemlerini öğretmeli ve kullanması için desteklemelidir (43).

İnfertilite tedavisi gören çiftlerin beden kitle indeksleri incelendiğinde, kadınların %60.5'inin, erkeklerin ise %40.5'inin normal kiloda olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.4). İnfertilite tedavisi gören kadınların BKİ arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışının ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Erkeklerin ise, BKİ arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışının değişmediği, ancak yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.9). Sbaragli et al. (151), infertil çiftlerin fertil çiftlerden daha fazla anksiyete, depresyon ve aşırı yeme bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Onat Bayram (53) çalışmasında, infertil bireylerden bazıları üzüntüden dolayı iştahının azaldığını ve kilo kaybettiğini; bazıları ise çok yemek yediğini bildirmiştir. Ayrıca, bireyler tüketilen sigara sayısının da arttığını belirtmiştir. Hemşire, infertilite tedavisi almadan önce bireyin, beslenme düzenini değerlendirmeli, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasına ilişkin danışmanlık yapmalıdır (43).

## 5.2. İnfertilite ile ilgili bazı değişkenlerin, yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Çalışmadan elde edilen bir başka sonuçta, gebelik öyküsünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve mental sağlığı etkileyen bir faktör olmadığıdır. Ancak, gebelik öyküsü olmayan kadınların fiziksel sağlıklarının, daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.5). Johansson et al. (114), çocuksuz çiftlerin yaşam kalitelerinin, çocuklu çiftlerden daha düşük olduğunu bulmuştur. Ayrıca, IVF tedavisi ya da evlat edinerek çocuk sahibi olmanın yaşam kalitesini artırdığı da görülmüştür. Malhan ve ark. (64), abortus öyküsü olan kadınların daha düşük fiziksel rol güçlüğü puanı olduğunu saptamıştır. Pek çok insan için, anne, baba olmak yaşamın doğal bir parçası olarak görülmektedir. Sizden sonraki neslin büyüdüğünü izlemek, mutluluk ve destekleyici bir güç olarak tanımlandığından, herhangi bir nedenle bu olağan durumun sınırlandırılması çiftleri olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (114). İslam ve Doğu ülkelerinde doğuma daha çok önem verilmektedir. Çocuk sahibi olmak aileyi dengede tutmakta ve evlilikle ilgili memnuniyeti arttırmaktadır. Çocuğun yokluğunda ise, ikinci bir evliliği yapma ya da boşanma gibi evlilikle ilgili problemler yaşanabilmektedir. İnfertil kadınlarda özellikle erkeğin ailesinin ilişkilere karışması ve aile, arkadaş, komşuların olumsuz tutumu psikolojik problemlere neden olabilmektedir. Genellikle kadınlar, evlilik düzeninde bozulma, stigmatizasyon ve acımasızca eleştiriyi içeren olumsuzluklara maruz kalabilmektedir (98,149).

Bu çalışmada, infertilite çiftlerin ortalama infertilite süresinin  $6.01 \pm 4.82$  yıldır. İnfertil çiftlerin infertilite süresi uzadıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi azalmaktadır (Tablo 4.3.1). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da, uzun süren infertilite öyküsünün fiziksel sağlığı (29,30), genel sağlığı (64), psikososyal sağlığı (117) ve yaşam kalitesini (63) olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Ancak bazı çalışmalarda ise, infertilite süresinin yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (27,37,113,152). İnfertilite süresi uzun olan çiftlerin infertiliteyle ilgili daha fazla deneyimleri olduğu ve durumlarıyla daha iyi başa çıkabileceği düşünülebilir. Ancak, infertilite süresinin uzaması ile infertiliteye bağlı depresyon ve anksiyetenin arttığını, mental sağlığın azaldığını belirten çalışmalardan yola çıkarak (98,117), uzamış infertilite süresinin yaşam kalitesini de azaltabileceğini söylemek mümkündür. İnfertilite tedavisi başarısız olduğunda, çift başarısız siklusu bir bebeğin “kayıbı” olarak hissedebilir. Bu çiftler hayal kırıklığı ya da üzüntü yaşayacağından, onlar için kederle ilgili hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması oldukça önemlidir (17).

İnfertilitenin erkek nedenli olduğunu belirten kadınların mental sağlıklarının, nedeninin belli olmadığını belirtenlere göre daha düşüktür. İnfertilitenin kadın nedenli olduğunu belirten erkeklerin mental sağlıkları, erkek nedenli olduğunu belirtenlere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Bu sonuçlar doğrultusunda, infertilite nedeni erkekte ise kadın olumsuz etkilenmekte, infertilite nedeni kadında ise erkek olumsuz etkilenmektedir. Sonuçta her iki eşte çocuklarının olamayacağı düşüncesi ile mutsuz olmaktadır. İnfertil çiftlerle çalışan hemşireler, çiftlerin bu durumunun farkında olmalıdırlar. Literatürde infertilite faktörünün yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (112,113,153). Khayata et al. (113),

infertil kadınlarda, kadın faktörlü infertilitenin erkek ve kombine faktörlü infertiliteden daha fazla yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir. Ghasemzad & Farzadi (112), kadın ve erkek faktörlü infertil olan kadınların yaşam kalitesinin, nedeni bilinmeyen infertilite ve kombine faktörlü infertil olan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kowalcek et al. (153), infertilite nedeni hangi eşe ait olursa olsun, kadınların erkeklere göre daha iyi yaşam kalitesi bildirdiğini saptamışlardır. Drosdzol & Skryzpulec (37) ve Rashidi et al. (27) infertilite nedeni ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki göstermemişlerdir.

Bu çalışmada, jinekolojik cerrahi işlem geçirmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı saptanmıştır. Ancak androlojik cerrahi işlem geçiren erkeklerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi geçirmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Daha önce jinekolojik operasyon geçirmenin, yaşam kalitesinin çevre ve genel sağlık alan puanını azalttığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (38,39). Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, hemşirenin androlojik işlem geçirecek olan bireye, işlemin nasıl yapılacağı, işlem sonrasında neler yaşanabileceği konusunda bilgi vermesi ve sorularını yanıtlanması oldukça önemlidir. Bireyin işlem hakkında bilgilendirilmesi, işlem öncesi ve işlem sırasında yaşayacağı anksiyeteyi de azaltacaktır (154).

Dikkat çeken üzerinde durulması gereken bulgulardan biri de, üç ve üzeri YÜT uygulanmasının yaşam kalitesini azalttığıdır (Tablo 4.3.4.). Ragni et al. (29), infertil çiftlerde başarısız IVF sayısının artmasıyla, yaşam kalitesinin azaldığını saptamıştır. Cattoli et al. (30), daha önce IVF girişimi uygulanan çiftlerde, daha düşük fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol kısıtlılığı skorları olduğunu bulmuştur. Daha önce YÜT uygulanmış olmasının, kadınlarda mental sağlığı (39) ve psikososyal sağlığı (117) olumsuz etkilediği yapılan çalışmalarda da belirtilmiştir. Berg & Wilson (155), yardımcı üreme teknikleri uygulanan çiftlerin genel popülasyona göre, daha yüksek anksiyete ve emosyonel rahatsızlık yaşadıklarını bildirmiştir. El-Messidi et al. (156) tarafından yapılan çalışmada, daha önce hiç infertilite tedavisi olmayan çiftler, başarısız tedavi öyküsü olan çiftlere göre daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir. YÜT infertilite tedavisinde son umut olarak görülmektedir. YÜT duygusal olarak stresli, yapılan işlemlerin fiziksel olarak acı verici (enjeksiyonlar, yumurta toplanması, embriyo transfer gibi) ve pahalı olması, çiftlerin fiziksel, mental ve ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşanan bu sıkıntılı dönemden sonra, başarısız tedavi sonucu ayrı bir stres faktörü olarak değerlendirilmektedir. Başarısız tedavi deneyimlenmesi çiftlerin, fiziksel ve mental sorunlarını daha da arttırmaktadır. Ayrıca, infertilite ve tedavi süresinin uzaması, tekrarlayan tedavi başarısızlıklarının sayısının artması, çiftlerin umudunun tükenmeye başlamasına neden olmaktadır. Bu durumda, çiftlerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinin kaçınılmaz olduğu söylenebilir. Bu nedenle infertil çiftler, profesyonelce ele alınması gereken özel gruplardır. Hemşireler çiftlerin içinde buldukları psikososyal travmayı en aza indirecek ve çiftlerin yaşamlarını daha sağlıklı geçirmelerini sağlayacak en önemli sağlık profesyonelleridir. Bu süreçte hemşirenin bilgi verici ve destekleyici danışmanlık rolünü ön plana çıkarmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Son olarak, elde edilen önemli bir sonuçta infertil çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça, yaşam kalitesinin de artmasıdır. Ardahan & Bayık Temel (138), prostat kanserli hastalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını belirtmişlerdir. Bu bulgu, çalışma bulgumuza benzerlik göstermektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda hemşire, infertil çiftleri öncelikli grup olarak kabul etmeli ve için sağlığı geliştirme davranışlarını değerlendirmelidir. Hemşire, infertil çiftlerin riskli sağlık davranışlarını belirlemeli ve bu alanlara yönelik sağlık eğitimleri planlamalıdır. Bu eğitimleri planlarken, kültürel farklılıkları dikkate almalı, yaşam biçimlerini, inanç ve değerler sistemini değerlendirmelidir. Hemşire, infertil çiftlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak için, eğitim programları düzenlenmelidir. Özellikle ileri yaş, eğitim düzeyi düşük, ekonomik durumu kötü, geniş aile yapısında olan, infertilite süresi uzun olan, başarısız YÜT tedavi öyküsü olan, sigara, alkol kullanan ve BKİ>25'in üzerinde olan çiftlerin bu programlara katılımlarının sağlanması için destekleyici danışmanlık yapılması oldukça önemlidir. Böylece, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi arttıkça, yaşam kaliteleri de artacaktır.



## SONUÇLAR

İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam biçiminin, yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşüktür.
- İnfertil çiftlerde; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, kadının çalışmaması, köyde yaşama, yüksek BKİ, uzun infertilite öyküsü, üç ve üzerinde YÜT uygulanmış olması ve androlojik operasyon geçirme yaşam kalitesini azaltmaktadır.
- İnfertil çiftlerde; düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi ve uzun infertilite öyküsü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını azaltmaktadır.
- Sigara içen erkeklerin mental sağlığı içmeyenlere göre daha düşük iken, sigara içen kadınların mental sağlığı içmeyenlere göre daha yüksektir.
- Son olarak, çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça, yaşam kalitesi de artmaktadır.

## ÖNERİLER

Çalışma sonunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Riskli yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi için, infertilitede risk gruplarının belirlenmesi ve bu çiftlere danışmanlık verilmesi,
- İnfertil çiftlere bakım veren hemşirelerin, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin farkında olmaları ve bakım gereksinimlerine yönelik uygun girişimleri planlamaları,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin farklı il ve bölgelerdeki yardımcı üreme teknikleri merkezlerinde de uygulanması,
- İnfertil çiftlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini, fertil çiftlerle karşılaştıracak çalışmaların yapılması,
- Bireylerin duygu, düşünce ve tutumlarını daha rahat ve geniş olarak ortaya koyabilecekleri düşüncesiyle; infertil çiftlerin sağlıklı yaşam biçimlerini, yaşam kalitelerini ve etkili baş etme yöntemlerini ortaya çıkarabilecek kalitatif ve kantitatif çalışmaların birlikte yürütülmesi,
- Yasal olarak yardımcı üreme tekniklerine getirilen kısıtlamaların çiftlerdeki stres düzeyini arttırdığı göz önüne alınarak, bu konudaki yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ricci, S.C. (2007). Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing, 1st edition, Lippincott Williams & Wilkins, London, pp: 68-75.
2. McKinney, E.S. Ashwill, J.W., Murray, S.S., James, S.R., Gorrie, T.R., Droske, S.C. (2005). Maternal-Child Nursing, 1st edition, W.B. Saunders Company, New York, pp: 200-213.
3. Denson, V. (2006). Diagnosis and management of infertility, The Journal for Nurse Practitioners, 1, 380-386.
4. Olds, S.B., London, M.L., Ladewig, P.A., & Davidson, M.R. (2003) Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care, 7th Edition, Prentice Hall, pp: 250-267.
5. Jose-Miller, A.B., Boyden, J.W., & Frey, K.A. (2007). Infertility. American Family Physician. 75(6); 849-856.
6. The Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine (2004). Optimal evaluation of the infertile female. Fertility and Sterility, 82(1); 169-172.
7. Chura, L.R., & Norman, R.J. (2007). Impact of lifestyle factors on ovarian function and reproductive health in women. Women's Health, 3(5); 511-513.
8. Makar, R.S., & Toth, T.L. (2002). The evaluation of infertility. American Journal of Clinical Pathology, 117(1);95-103.
9. Frey, K.A., Patel, K.S. (2004). Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician. Mayo Clin Proc. 79(11); 1439-1443.
10. Yu, S.L., & Yap, C. (2003). Investigating the infertile couple. Ann Acad Med Singapore, 32(5); 611-614.
11. Case, A.M. (2003). Infertility evaluation and management. Canadian Family Physician, 49; 1465-1472.
12. Quaas, A., & Dokras, A. (2008). Diagnosis and treatment of unexplained infertility, Rev Obstet Gynecol., 1(2); 69-76.

13. Yazdani, A., McLachlan, R.I., Kovacs, G., & Howlett, D. (2005). Management of the infertile couple. *Australian Family Physician*, 34(3); 111-118.
14. Gibbs, R., Karlan, B., Haney, A.F. & Nygaard, I.E. (2008). *Danforth's obstetrics and gynecology*, 10th ed. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, pp: 705-715.
15. Callahan, T., & Caughey, A.B. (2007). *Blueprints Obstetrics & Gynecology*. 4th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, pp: 275-287.
16. London, M., Ladewig, P.A., Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2006). *Maternal & Child Nursing Care*, 2nd Edition, Prentice Hall, pp:122-138.
17. Devine, K.S. (2003). Caring for the infertile woman. *MCN*. 28(2); 100-105.
18. Lowdermilk, D.L., & Perry E.S. (2004). *Maternity & Women's Health Care* Elsevier, Mosby, 8th edition, pp:246-264.
19. Lowdermilk D.L., & Perry E.S. (2006). *Maternity Nursing*, Elsevier, Mosby, 7 th edition, pp: 160-170.
20. Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M., Lowdermilk, D.L., Wilson, D. (2005). *Maternal child nursing care*. 3 edition, Mosby Elsevier, China, 150-159.
21. Carby, A., & Trew, G. (2004). Infertility causes and diagnosis. 11, 311-314.
22. Cahil, D.J., & Wardle, P.G. (2002). Management of infertility, *BMJ*, 325, 28-32.
23. Whitman-Elia, G.F., & Baxley, E.G. (2001). A primary care approach to the infertile couple. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 14; 33-45.
24. Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü., (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(4); 112-121.
25. Türkoğlu, D., Tamam, L., & Evlice, Y.E., (1997). Kısırlığın psikiyatrik yönleri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 10(4); 48-55.
26. Van den Akker, O.B.A. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counseling*, 57(2); 183-189.

27. Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res.*, 8; 1-6.
28. Schanz, S., Baeckert-Sifeddine, I.T., Braeunlich, C., Collins, S.E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M., & Fierlbeck, G. (2005). A new quality-of-life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20(10); 2858-2865.
29. Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M.P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliari, I. & Nicolosi, A.E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20; 1286-1291.
30. Cattoli, M., Allegra, A., Levi Setti, P.E., Carone, D., Bertoli, M., Mano, M. (2004). Impact of infertility on couples quality of life: an Italian multicenter survey with SF-36 questionnaire. *Fertility & Sterility*, 4(3); 103.
31. Modarres, M., & Rahnama, P. (2008). Evaluation of infertile couple's quality of life in infertility. *Iranian Journal of Reproductive Medicie*, 6(1); 53.
32. Lau, J.T.F., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J.H., Yang, X., & Tsu, H.Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34; 248-267.
33. Tur-Kaspa, I., Maor, Y., Meltzer, S., & Segal, S. (2001). Differences in health related quality of life between men and women undergoing IVF treatment. *Fertility and Sterility*, 76(3); 197.
34. Bolsoy, N., Taspinar, A., Kavlak, O. & Sirin, A. (2010). Differences in quality of life between infertile women and men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(2); 191-198.
35. Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function, *Urology*, 63(1); 126-130.
36. Mulhall J.P., Shindel, A., Naughton, C., Ohebshalom, M., & Nelson, C. (2006). Sexual function, quality of life and their correlates in the female partner of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 83(3); 30.
37. Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1-11.
38. Fekkes, M., Buitendijk, S.E., Verrips, G.H., Braat, D.D., Brewaeys, A.M., Dolfing, J.G., Kortman, M., Leerentveld, R.A., Macklon, N.S., (2003).

Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18; 1536-1543.

39. Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D., Passos, E.P. (2007). What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility?. *Human Reproduction*, 22; 1946-1952.
40. Klonoff- Cohen, H. (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update*, 11(2); 180-204.
41. Klonoff-Cohen H., Lam-Kruglick, P., Gonzalez, C. (2003). Effects of maternal and paternal alcohol consumption on the success rates of in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertility & Sterility*, 79; 330-339.
42. Pasquali, R. Patton, L. Gambineri, A. (2008). Obezite ve infertilite. *Current Opinion In Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 3(1); 10-16.
43. Orshan, S.A. (2007). *Maternity, Newborn, & Women's Health Nursing Comprehensive Care Across the Life Span*, Lippincott Williams & Wilkins, pp: 321-353.
44. Dilek, N. (2009). Yardımcı üreme tekniği ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul.
45. Eren, N. (2008). İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
46. Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçigil, L., Özmenler, K.N., Özşahin, A. (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4); 311-322.
47. Gül, E. (2003). İnfertil ve fertil erkeklerin depresyon, anksiyete, evlilik uyumu, cinsel doyum ve diğer psikiyatrik belirtiler yönünden karşılaştırılması, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Samsun.
48. Kırço, T. (2009). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul.
49. Oğuz D.H. (2004). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Bakırköy Prof. Dr.

Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.

50. Tashbulatova, D. (2007). İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana.
51. Kavlak, O., Saruhan, A. (2002). İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41 (4); 229-232.
52. Sömek, A. (2008). İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
53. Onat Bayram, G., (2009). İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
54. Gürbüz, Ş.K. (2007). İnfertil çiftlerde evlilik uyumu ve depresif durumun İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET) sonuçlarına etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
55. Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., Yücesoy, F., (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5(2); 105-110.
56. Evlice, Y.E. (1997). İnfertilitenin psikososyal yönü, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana.
57. Gündoğan, F.E. (2004). İnfertil çiftlerde aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana.
58. Ataman, H. (2007). Doğal ve infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
59. Ak, G. (2001). İnfertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
60. Akyüz A. (2001). IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
61. Tok, N. (2005). İnfertil çiftlerde, infertilite tedavisi esnasında erkeklerdeki psikososyal durumun incelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

62. Akçin, F.G. (2005). İnfertil çiftlerin psikiyatrik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, baş etme düzenekleri, cinsiyet rolü algıları açısından değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
63. Kuş, C. (2008). İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
64. Malhan, S., Öksüz, E., Biberoğlu, G., Ersoy, K. (2004). İnfertilite tedavisi uygulanan kadın hastalarda yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu İzmir, 8-10 Nisan.
65. Attar, E., & Ata, B. (2008).Gomel'in Jinekolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 367-369.
66. Brosens, I., Gordts, S., Puttemans, P., Campo, R., Gordts, S., & Brosens, J., (2006). Managing infertility with fertility-awareness methods. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 4(1); 13-16.
67. Smith, L.F.P. (2003). The role of primary care in infertility management. *Human Fertility*, 6; 9-12.
68. Balen, A.H., & Rutherford, A.J. (2007). Management of infertility. *BMJ*, 335; 608-611.
69. Morris, E.J. (2001). The role of infertility nurses in ovulation induction programmes. *Human Fertility*, 4(1); 14-17.
70. Tummon, I., & Dumesic, D.A. (2002). 7 easy steps to evaluating subfertility. *OBG Management*, 74-86.
71. Şirin, A., & Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 344-345.
72. Srof, B.J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model, *Nurs Sci Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373.
73. Galloway R.D. (2003). Health promotion: Causes, beliefs, and measurements. *Clinical Medicine Research*. 1(3), 249-258.
74. Ho Y.A.K, Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to pender's health promotion model: a meta-synthesis, *Nursing and Health Sciences*, 12, 259-267.



75. Yalçınkaya, M., Gök Özer, F., & Karamanoğlu Yavuz, A., (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420.
76. Özkan, S., & Yılmaz, E., (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7); 89-105.
77. Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. & Erkorkmaz, Ü.(2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2) 101-109.
78. Ecevit Alpar, Ş., Şenturan L., & Karabacak, Ü., (2008). Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice, 8, 382–388.
79. Coşkun Güner, İ. & Demir, F., (2006).Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 17-25.
80. Arslan, C., & Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 21(5); 211-220.
81. Homan, G.F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. Human Reproduction Update, 13(3); 209-223.
82. Kelly-Weeder, S. & O'Connor, A. (2006). Modifiable risk factors for impaired fertility in women. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18(6), 268-276.
83. Klonoff-Cohen, H., Bleha, J., & Lam-Kruglick, P. (2002). A prospective study of the effects of female and male caffeine consumption on the reproductive endpoints of IVF and gamete intra-Fallopian transfer. Human Reproduction, 17(7); 1746-1754.
84. Hassan, M.A.M., & Killick, R.,S. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. Fertility and Sterility, 81(2); 384-392.
85. Şahin, N.H., Bilgiç, D., & Demirgöz M. (2009). Doğurganlığı etkileyen faktörler. Ed: Kızılkaya Beji, N. İnfertilite Hemşireliği, Acar Basım, İstanbul, Yayın No:1, 11-32.

86. Homan, G., & Norman, R.J.. (2009). Couples perception regarding how lifestyle might affect fertility: results of a pilot study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 77-86.
87. Anderson, K., Nisenblat, V., & Norman, R. (2010). Lifestyle factors in people seeking infertility treatment: a review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50: 8–20.
88. Burns, L.H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4); 689-716.
89. Bayer, R.S., Alper, M.M., & Penzias, A.S. (2008). *Boston IVF İnfertilite El Kitabı*. Nobel Tıp Kitapevleri, s: 15-23.
90. Savadkouhi, F., Jafarabadi, M., & Ramezanzadeh, F. (2007). Body Mass Index and success rate of IVF. *Journal of Family and Reproductive Health*, 1(1); 41-46.
91. Wang, J.X., & Norman R.J. (2000). Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study. *BJM*, 1320-1321.
92. GÜNGÖR, İ., & Kızılkaya Beji, N. (2009). İnfertil çiftlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme ve hemşirenin rolü. Ed: Kızılkaya Beji, N. *İnfertilite Hemşireliği*, Acar Basım, İstanbul, Yayın No:1, 163-176.
93. Soares, S.R., Simon, C., Remohí J., & Pellicer, A. (2007). Cigarette smoking affects uterine receptiveness. *Human Reproduction*, 22(2); 543-547.
94. Klonoff-Cohen, H., Bleha, J., & Lam-Kruglick, P. (2002). A prospective study of the effects of female and male caffeine consumption on the reproductive endpoints of IVF and gamete intra-Fallopian transfer. *Human Reproduction*, 17(7); 1746-1754.
95. Clark, A. M., Thornley, B., Tomlinson, L., Galletley, C., & Norman R.J. (1998) Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod.*,13: 1502–1505.
96. Domar, A., Zuttermeister, P., Friedman, R. (1993) The Psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*. 14: 45-52.
97. Chen, T.H., Chang, S.P., Tsai C.F., Juang, K.D., (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313–2318.

98. Ramezanzadeh, F., Aghssa, M.M., Abdinia, N., Zayeri, F., & Khanafshar, N., (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(9), 334-337.
99. Young, S. (2007). Infertility- A real illness. *Pharmaceuticals Policy and Law*, 9; 157-161.
100. Yeşiltepe Oskay, Ü., Onat Bayram, G., Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin psikosoyal ve psikoseksüel etkileri. Ed: Kızılkaya Beji, N. İnfertilite Hemşireliği, Acar Basım, İstanbul, Yayın No:1, 177-195.
101. Erdoğan, Z. (1993). Türk Kültüründen Derlemeler. Kültür Bakanlığı Araştırma ve geliştirme Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, s: 101-103.
102. Erdoğan, T. (2004). Kadın çalışmalarında disiplinlerarası buluşma. İstanbul, s:197.
103. Boroz, N., (1998). Halk Bilimine Genel Bakış. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, s: 41-43.
104. Akbulut, S. (2002). Türk Halk Kültüründen Derlemeler 1999. T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, s: 3.
105. Oğuzoğlu, Y., & Üstünova, K. (2002). 1. Bursa Halk Kültürü Sempozyumu Bildiri Kitabı. Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü, s: 477-478.
106. Kalay, A. (1998). Türk Halk Kültüründen Derlemeler. T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, s: 160-161.
107. Kerr, J., Brown, C., & Balen, A.H. (1999). The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997, *Human Reproduction*, 14(4); 934-938.
108. Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A.L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: perspectives from stress and coping research* (pp. 29-54). New York: Plenum.
109. Özçelik, B., Karamustafaoğlu, O., Özçelik, A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2); 140-148.
110. Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*, 22(5); 1481-91.

111. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., van der Spuy, Z.M. (2002). 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*, 17(6); 1663-8.
112. Ghasemzad, A., Farzadi L. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Journal of Medical Science Monitory*, 13(7); 313-317.
113. Khayata G.M., Rizk D.E., Hasan M.Y., (2003). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 80(2); 183-88.
114. Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson P.O., Sogn, J., Hellström, A.L., (2009). Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 88; 291-300.
115. Taşcı K.D., & Özkan, S. (2007). Sağlık yüksekokulunu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 187-192.
116. Kaya, T. (2005). İnfertil çiftlerle iletişim ve danışmanlıkta hemşirelik. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Ankara, 23-25.
117. Wang, K., Li, J., Zhang J.X., Zhang, L., Yu, J., Jiang, P.,(2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4); 792-798.
118. Luxner, K.L. (2005). *Delmar's Maternal-Infant Nursing Care Plans*, 2nd ed. Canada, 74-77.
119. Swearingen, P.L. (2004). *All-In-One Care Planning Resource: Medical-Surgical, Pediatric, Maternity, and Psychiatric Nursing Care Plans*, 1st edition, Mosby, United States, pp:81-83, 87-88, 90.
120. Erdemir, F., (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 48-53, 93-94, 128-132, 405-421, 208-211.
121. Ak, G. (2002). İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. *Sted*, 11(7); 260.
122. Karakoyunlu, F.B., & Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,12(3); 82-92.

123. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Second edition, Routledge Academic, United States of America, 1-17.
124. [http://www.euro.who.int/nutrition/20030507\\_1](http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1) (Erişim: 10.02.2010).
125. Hui, W.H. (2002). The health promoting lifestyle of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*. 18(2); 101-111.
126. Walker, S.N, Kerr, M.J., Pender, N.J., & Sechrist, K.R. (1990). A spanish language version of the health promotion lifestyle profile. *Nursing Research*. 39 (5), 268-273.
127. Bond, M.L., Jones, M.E., Cason, C., Campell, P. & Hall, J. (2002). Acculturation effects on health- promoting lifestyle behaviors among hispanic-origin pregnant women. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 8(2); 61-68.
128. Tokuç, B., & Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6);421-426.
129. Ayaz, S., Tezcan, S., & Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 9(2), 26-34.
130. Ayaz, S., & Bilgili, N. (2009). Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6); 497-502.
131. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Cumhuriyet Üniversitesi*, 12(1), 1-13.
132. Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-liyezoz psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36. *3-P Dergisi*, (7); 14-22.
133. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*,12; 102-106.
134. Başaran, S., & Güzel R. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, 20(1); 55-63.
135. Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri-SPSS uygulamaları*. 3. Baskı, Emek Ofset, Ankara, 247.
136. Bahar, Z. (2004). Verilerin çözümlenmesinde istatistiksel yöntemler, Ed: Erefe, İ., *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. 3.Baskı, Odak Ofset, Ankara, 246.

137. Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6); 568-575.
138. Ardahan, M., & Bayık Temel, A. (2006). Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(2); 1-14.
139. Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D., & Passos, E. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, 1-7.
140. Algan, Ç. (2008). Yardımcı Üreme Tekniklerine başvuran primer infertil kadınlarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve infertilitenin depresyon, anksiyete, öfke, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul*.
141. Terzioğlu, F. (1998). Yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirenin danışmanlık hizmetinin etkinliğinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara*.
142. Souter, V.L., Hopton, J.L., Penney, G.C., & Templeton, A.A. (2002). Survey of psychological health in women with infertility, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 23(1); 41-49.
143. Akyüz, A., Gürhan, N., & Bakır, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6); 469-476.
144. Bedül, A. (2005). Türkiye’de çalışan kadın ve kadın girişimciliği, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(3);106-117.
145. Taşkın, L. (2004). Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2); 16-22.
146. Upkong, D., & Orji, E.O. (2006). Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4); 259-265.
147. Gürkan, Ö.C., Coşar, F. (2009). Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3); 124-129.
148. Koçoğlu, D. (2006). Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya*.

149. Guz, H., Ozkan, A., Sarisoy, G., Yanik, F., Yanik, A., & Schuiling, G.A. (2003). Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4); 267-271.
150. Kublay G., Terzioğlu, F., Karatay, G. (2008). Gebelik ve Sigara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼, Yayın No: 731, Klasmat Matbaacılık, Birinci Basım, s:12.
151. Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*, 90(6); 2107-2111.
152. Balen, F.V., & Trimbos-Kemper T.C.M. (1994). Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5(3); 157-164.
153. Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G., Diedrich, K. (2001). Subjective well-being in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(3); 143-148.
154. Karadağ M, (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. *Cumhuriyet. niversitesi Hemşirelik Y¼ksekokulu Dergisi*, 3(2); 27- 34.
155. Berg, B.J., & Wilson, J.F., (1990). Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril*, 53; 654-661.
156. El-Messidi, A., Al-Fozan, H., Tan, L.S., Farag, R., & Tulandi, T. (2004). Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *J. Obstet Gynaecol Can*, 26(4); 333-337.

## ÖZGEÇMİŞ

Gamze TESKERECİ, 1984 yılında Antalyada doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Antalyada tamamladı. 2003 yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nu kazandı. 4 yıl öğrenim gördüğü Muğla Sağlık Yüksekokulundan 2007 yılında derece ile mezun oldu. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programını kazandı. 2008 Aralık'ta Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı araştırma görevlisi olarak Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda çalışmaya başladı ve halen araştırma görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizcedir.



# **EKLER**

EK: 1



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hastane Başhekimliği



Sayı : B.30.2.AKD.0.1H.00.00/PER- 1489  
Konu : Çalışma yapılması.

11.1.2008

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 23 Haziran 2008 tarih ve B.30.2.AKD.0.66.00.00/72-519 Sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazınızda adı geçen, Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi **Gamze TESKERECİ**'nin 'İnfertilite Tedavi Gören Çiftlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisi' konulu çalışmayı Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. İbrahim DEMİR  
Başhekim

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA  
Tel : (242) 249 62 90  
Faks : (242) 227 44 90



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik - 406 11.09.08 008214 .../...../2008  
Konu :

Sayın Yrd.Doç.Dr.Selma ÖNCEL  
Antalya Sağlık Yüksekokulu

Yürütücüsü olduğunuz "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı çalışmaya ait Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa Kemal BALCI  
DEKAN

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.01.00.00/ Etik/  
Konu:

13/08/2008  
ANTALYA

ETİK KURULU KARARI

**Etik Kurulunun Adı, Adresi** : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA

**Toplantı Tarihi** : 13.08.2008

**Araştırmanın tam adı** : " İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisi"

**Sorumlu araştırmacının ismi** : Yrd.Doç.Dr.Selma ÖNCEL

Sorumlu Araştırmacı Yrd.Doç.Dr.Selma ÖNCEL tarafından yürütülecek olan "İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN  
Başkan (İzinli)

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN  
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN  
Raportör

Prof.Dr. Ayşe AĞAR  
Üye

Prof.Dr. İclal YÜCEL  
Üye

Prof.Dr. Mevlüt ASAR  
Üye (İzinli)

Prof.Dr. M. Akif ÇİFTÇİOĞLU  
Üye (İzinli)

Prof.Dr. İsmail ÜSTÜNEL  
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Ayşen BİNGÖL BOZ  
Üye

Doç.Dr. Merve ÖZENCİ  
Üye

Başeczacı  
Üye (Atanacak)

Avukat Sezgin TEKİN  
Üye - Hukukçu

Bekir ÖZSOY  
Üye - Halk Temsilcisi

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE YAŞAM TARZININ,  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Sayın Katılımcı;

Adım Gamze TESKERECİ, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. İnfertilite tedavisi gören çiftlerde sağlıklı yaşam tarzlarının, yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sosyo-demografik özellikleri içeren bir soru formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeğinin bulunduğu formlar kullanılacaktır. Soruları yanıtlamak ortalama 25-30 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz, uyguladığımız sağlıklı yaşam tarzınızın, yaşam kalitenizi ne düzeyde etkilediğini belirleyerek, bu konuda sizlere daha kapsamlı etkin destek sağlamada katkı da bulunacağına inanıyorum. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Bilgileri okuyup anladıktan sonra, eğer araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının imzası

Gamze TESKERECİ  
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Öğrencisi

**İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN ÇİFTLERDE YAŞAM TARZININ,  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

- 1) Kaç yaşındasınız ?.....
- 2) Cinsiyetiniz  
1)Kadın 2)Erkek
- 3) Boyunuz:
- 4) Kilonuz:
- 5) Eğitim durumunuz?  
1) Okur yazar değil  
2)Okur yazar  
3)İlkokul mezunu  
4)Ortaokul mezunu  
5)Lise mezunu  
6)Üniversite mezunu
- 6) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?  
1)Evet 2)Hayır (Cevabımız hayır ise 8. soruya geçiniz)
- 7) İşiniz.....
- 8) Sosyal güvenceniz:  
1) Var 2) Yok
- 9) Aylık gelir durumunuz nasıldır?  
1) Gelir giderden az  
2) Gelir gidere eşit  
3) Gelir giderden fazla
- 10) En uzun süre yaşadığınız yer?  
1) İl merkezi 2) İlçe 3) Köy
- 11) Aile tipi  
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile
- 12) Sigara kullanıyor musunuz?  
1) Evet, her gün günde en az bir tane veya daha fazla içiyorum  
2) Her gün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum  
3) İçmiyorum
- 13) Alkol kullanıyor musunuz?  
1) Evet, her gün günde en az bir bardak veya daha fazla içiyorum  
2) Haftada bir iki kez  
3) Ayda birkaç kez  
4) Yılda birkaç kez  
5) İçmiyorum

14) Ne kadar süredir korunmadığınız halde çocuk sahibi olamıyorsunuz? .....

15) Daha önce infertilite ile ilgili herhangi bir cerrahi tedavi yöntemi uygulandı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

16) Daha önce hangi tedavi yöntemlerini kullandınız?

- 1) Hiç kullanmadım  
2) Aşılama  
3) Hormon  
4) Aşılama + Hormon  
5) Aşılama + Varikozel  
6) Aşılama + Hormon + IVF  
7) Aşılama + Hormon + Tubal operasyon  
8) IVF + Hormon + Tubal operasyon  
9) Diğer .....

17) Daha önce kaç kez yardımcı üreme tekniği uygulandı?

- 1) Hiç 2) 1 kez 3) 2 kez 4) 3 ve daha fazla

18) Daha önce gebe kaldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

19) Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime ait?

- 1) Bana 2) Eşime 3) Her ikimize 4) Nedeni belli değil

## SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim	( )	( )	( )	( )
2. Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim	( )	( )	( )	( )
3. Kendimi beğenirim	( )	( )	( )	( )
4. Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım	( )	( )	( )	( )
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim	( )	( )	( )	( )
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım	( )	( )	( )	( )
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim	( )	( )	( )	( )
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım	( )	( )	( )	( )
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim	( )	( )	( )	( )
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım	( )	( )	( )	( )
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim	( )	( )	( )	( )
12. Kendimi mutlu ve memnun hissedirim	( )	( )	( )	( )
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım	( )	( )	( )	( )
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim	( )	( )	( )	( )
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum	( )	( )	( )	( )
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım	( )	( )	( )	( )
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım	( )	( )	( )	( )
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim	( )	( )	( )	( )
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum	( )	( )	( )	( )
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım	( )	( )	( )	( )



21. Geleceğe ümitle bakarım	( )	( )	( )	( )
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım	( )	( )	( )	( )
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim	( )	( )	( )	( )
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım	( )	( )	( )	( )
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm	( )	( )	( )	( )
26. Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim	( )	( )	( )	( )
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk. zaman ayırırım	( )	( )	( )	( )
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım	( )	( )	( )	( )
29. Kendi başarılarımla övünürüm	( )	( )	( )	( )
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim	( )	( )	( )	( )
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm	( )	( )	( )	( )
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim	( )	( )	( )	( )
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım	( )	( )	( )	( )
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum	( )	( )	( )	( )
35. Her gün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım	( )	( )	( )	( )
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim	( )	( )	( )	( )
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum	( )	( )	( )	( )
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum	( )	( )	( )	( )
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm	( )	( )	( )	( )
40. Yatarken mutlu, hoş düşünceler yoğunlaşırım	( )	( )	( )	( )
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum	( )	( )	( )	( )
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım	( )	( )	( )	( )
43. Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim	( )	( )	( )	( )
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım	( )	( )	( )	( )
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım	( )	( )	( )	( )
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım	( )	( )	( )	( )
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim	( )	( )	( )	( )
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım	( )	( )	( )	( )

## YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel                      b) Çok iyi                      c) İyi                      d) Orta                      e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca **bedensel sağlığınızın sonucu olarak**, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, **duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak** işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca **bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız**, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- Hiç
- Çok hafif
- Hafif
- Orta
- Şiddetli
- Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca **bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız** sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a)Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

29 Eylül 2008 PAZARTESİ  
(Mükerrer)

Resmî Gazete

Sayı:

27012

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

### 2008 YILI SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

#### 10. Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

##### 10.1. Tüp bebek tedavisi öncesi işlemler

(1) Tüp bebek tedavisi öncesi işlemlerin 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış kadınlara uygulanması durumunda bedelleri Kurumca karşılanır.

##### 10.1.1. Klasik ovulasyon indüksiyonu

(1) Her siklus için kadın hastalıkları ve doğum uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir. Raporda, kaçınıcı siklus olduğu belirtilecek ve gerekli ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından reçete edilecektir.

(2) Raporda; tanı, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları belirtilecektir.

(3) En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri Kurumca karşılanır. İki uygulamadan (siklus) sonra yapılan klasik ovulasyon indüksiyonu tedavisi için uygulanan gonadotropin bedelleri ödenmez.

(4) Ovulasyon tetikleme için kullanılan Hcg (Human korionik gonadotropin) dozu, maksimum dozun dışında olup, 10000 üniteyi geçemez. Uriner Hcg kullanılması halinde rapor aranmaksızın reçete edilebilir.

##### 10.1.2. İntra uterin inseminasyon (IUI)

(1) Tüp bebek tedavisi işlemleri için belirlenen kriterler, intrauterin inseminasyon (artifisiyel inseminasyon) için de geçerlidir.

(2) Ovulasyon tetikleme için kullanılan Hcg (Human korionik gonadotropin) dozu, maksimum dozun dışında olup, 10000 üniteyi geçemez. Üriner Hcg kullanılması halinde rapor aranmaksızın reçete edilebilir.

#### 10.2. Tüp bebek tedavisi işlemleri

##### 10.2.1. Bir hastalığın tedavisi amacıyla uygulanan tüp bebek işlemleri

(1) Hasta çocuk sahibi olup, tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve tibben zorunlu görülmesi halinde bu çocuğun tedavisi amaçlı preimplantasyon genetik tarama yapılarak uygun kok hücre vericisi kardeş doğmasına yönelik olarak Kemik İliği Transplantasyon Merkezi bulunan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulları tarafından hasta çocuk adına düzenlenen bu durumların belirtildiği tıbbi genetik uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak yapılan tüp bebek tedavilerine ilişkin giderler Kurumca karşılanır.

(2) Aileler, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinden (tüp bebek merkezi) birine başvurabilirler.

(3) Tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, söz konusu sağlık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları uzman

hekimlerince yazılacaktır. Her bir tüp bebek denemesine ilişkin olarak toplamda 3000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri Kurumca karşılanır.

### 10.2.2. Diğer tüp bebek tedavisi işlemleri

(1) Evli olmakla birlikte eşlerden herhangi birinin evlat edinilmiş çocukları hariç soybağı kurulmuş sağ çocuğunun olmaması koşuluyla genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise bakmakla yükümlü olduğu karısının;

a) Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması,

b) 23 yaşını doldurmuş, 40 yaşından gün almamış olması,

c) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumla sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

ç) Uygulamanın yapıldığı merkezin Kurum ile sözleşmeli olması,

d) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması, şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavilerine ilişkin giderler Kurumca karşılanır.

(2) Kuruma devredilen sosyal güvenlik kurumlarınca daha önce ödenen tüp bebek tedavileri, işlem adetlerinin hesaplanmalarında dikkate alınır.

(3) Tüp bebek tedavisi için düzenlenecek sağlık kurulu raporu, bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile üroloji kliniği (bünyesinde üroloji kliniği bulunmayan ancak, üroloji uzman hekiminin konsultan olarak görev yaptığı, eğitim veren kadın-doğum hastaneleri dahil) bulunan üçüncü basamak sağlık kurumlarında iki kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi ve bir üroloji uzman hekiminin katılımı ile oluşturulan sağlık kurulları tarafından düzenlenecektir. Sağlık kurulu raporlarında, hasta yaşı, kimlik bilgilerinin yanında, tanı, endikasyon, uygulanacak tedavi, kullanılacak ilaçların günlük ve maksimum dozları da belirtilecektir.

(4) Sağlık Kurulu raporlarında, son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun belirtilmesi yeterli olup, ekinde veya raporda teşhise esas belge ve bilgiler ayrıca aranmayacaktır.

Ancak bu belgelerin hasta dosyasında bulunması ve gerektiğinde ibraz edilmesi zorunludur. Ayrıca, evli çiftlerin çocuklarının olup olmadığı ile eşler için vukuatlı nüfus kayıt örneği, merkezde tutulan hasta dosyasında saklanacaktır.

(5) SUT eki ilaç listelerinde yer almak kaydıyla tüp bebek tedavisinde kullanılacak ilaçlar, sağlık kurulu raporuna istinaden tüp bebek tedavisinin yapıldığı üremeye yardımcı tedavi merkezi kadın hastalıkları uzman hekimlerince yazılacaktır.

(6) En fazla 2 (iki) siklus ve toplamda 6000 üniteye kadar kullanılacak gonadotropin bedelleri Kurumca karşılanacaktır.

(7) Tüp bebek tedavisine başlanan kadının deneme öncesi 40 yaşından gün almış olması durumunda, yardımcı üreme yöntemi tedavisine ait bedeller, tedaviye daha önce başlanmış olsa dahi Kurumca karşılanmaz.

Örnek; 08 Mart 1985 doğumlu kadının, tüp bebek tedavisi giderlerinin karşılanabilmesi için; 08 Mart 2008 tarihinden sonra, 08 Mart 2024 tarihinden önce tedavinin yapılmış olması gerekir.

### 10.2.3. Tüp bebek tedavisi işlem bedeli ve ödeme esasları

(1) Tüp bebek tedavisi SUT eki EK-9 Listesinde belirtilen fiyat esas alınarak ödenir. Fiyata; tüp bebek tedavisi kapsamında yapılan ovulasyon indüksiyonu, oosit aspirasyonu, sperm-oosit hazırlanması ve inkübasyonu, embriyo transferi, ICSI (mikro enjeksiyon), invaziv sperm elde etme yöntemleri, tüp bebek işlemi öncesi kadın ve erkeğe yapılan tetkik ve tahlil bedelleri ile kullanılan her türlü sarf malzemesi dahildir.

(2) Tüp bebek tedavisinde kullanılan ilaçlar katılım payından muaf değildir.

(3) (10.2.1) numaralı maddede belirtilen tüp bebek tedavilerinde her bir denemede, (10.2.2) numaralı maddede belirtilen tüp bebek tedavilerinde ise sadece birinci denemede en fazla bir yıla kadar embriyo freezing bedeli ayrıca ödenir.

(4) Kurumla sözleşmeli üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, tüp bebek kapsamında yapılan her türlü tıbbi işlemin kaydının tutulması ve tutulan kayıtların denetim esnasında ibrazı zorunludur. Bu kayıtların doğru ve sağlıklı bir şekilde tutulması ve muhafazasında, merkez sorumlusu ve ruhsat (uygunluk belgesi) sahibi kişiler, müşterek ve müteselsilen yükümlüdür.

## YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:

### ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ UYGULAMALARI VE ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK

#### ALTINCI BÖLÜM

#### Yasaklar ve Sorumluluklar ile Denetim ve İdarî Müeyyide

##### ÜYTE uygulamaları ile ilgili yasaklar

(8) İstenmeyen durum olan, anne ve çocuk sağlığını riske eden çoğul gebeliklerin önlenmesi esastır. Bu kapsamda;

a) ÜYTE yöntemlerinden biri olan klasik ovulasyon indüksiyonu ile 2 (iki) den fazla folikül gelişmemesi hedeflenmelidir. Çoğul gebeliklerin önlenmesi için üç veya daha fazla folikül gelişmesi halinde artifisyel inseminasyon işlemi yapılması yasaktır.

b) Merkezlerde ÜYTE uygulamasında birden fazla embriyo transfer edilmemesi esastır. Ancak, 35 yaşa kadar birinci ve ikinci uygulamada tek embriyo, üçüncü ve sonraki uygulamalarda iki embriyo, 35 yaş ve üzerinde tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo transfer edilebilir.