

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİLİTE VE TEDAVİSİNİN KADINLARIN ÇALIŞMA
HAYATINA ETKİSİ**

GAMZE DURMAZOĞLU

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970114

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFERTİLİTE VE TEDAVİSİNİN KADINLARIN ÇALIŞMA
HAYATINA ETKİSİ**

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAMZE DURMAZOĞLU

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
YARD. DOÇ. DR. MERLİNDİ ALUŞ TOKAT

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970114

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Gamze DURMAZOĞLU
‘İNFERTİLİTE VE TEDAVİSİNİN KADINLARIN ÇALIŞMA HAYATINA ETKİSİ’
konulu yüksek Lisans tezini 08.09.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Yrd. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT
BAŞKAN

Prof. Dr. Samiye METE
ÜYE

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Neslihan GÜNÜŞEN
YEDEK ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	4
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
2. GENELBİLGİLER.....	8
2.1. İnfertilitenin Tanımı.....	8
2.2. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler.....	8
2.2.1. Cinselliğe ilişkin faktörler.....	8
2.2.2. Yaşam biçimine ilişkin faktörler.....	9
2.2.3. Sağlık durumuna ilişkin faktörler.....	12
2.2.4. Üreme sistemine ilişkin faktörler.....	13
2.2.5. Sperme ilişkin faktörler.....	17
2.2.6. Testislere ilişkin faktörler.....	18
2.2.7. Ejekülasyon bozuklukları.....	19
2.3. İnfertilitede Tanı Yöntemleri	20
2.3.1. Erkeklerde yapılan değerlendirme testleri.....	21
2.3.2. Kadında yapılan değerlendirme testleri.....	24
2. 4. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)	34
2.4.1. Yardımcı üreme tekniklerinde tedavi aşamaları.....	34
2.4.2. Yardımcı üreme tekniklerinde kullanılan yöntemler.....	34
2.4.3. Yardımcı üreme tekniklerinin komplikasyonları.....	40

2.4.4.Yardımcı üreme tekniklerinde etik sorunlar	41
2.5. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	42
2.5.1.İnfertil çiftlerde sosyokültürel sorunlar	42
2.5.2.İnfertil çiftlerde psikososyal sorunlar	43
2.5.3.İnfertil çiftlerde ekonomik sorunlar	44
2.5.4.İnfertil çiftlerde cinsel sorunlar.....	44
2.5.6.İnfertil çiftlere hemşirelik yaklaşımı	45
2.6.İnfertilite Danışmanlığı.....	46
2.6.1.İnfertilitede danışmanlık adımları.....	47
2.6.2.İnfertilite danışmanlığında hemşirenin yeri	48
2.7.İnfertilite Ve Çalışma Hayatı.....	48

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi.....	52
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52
3.3.Araştırmanın Örneklemi.....	52
3.4.Araştırmanın Değişkenleri	52
3.5.Verİ Toplama Araçları ve Özellikleri.....	52
3.5.1.Tanıttıcı bilgi ve jinekolojik öykü formu.....	53
3.5.2. Çalışma hayatı ile ilgili bilgi formu.....	53
3.6. Verİ Toplama Yöntemi.....	53
3.7. Araştırma Planı.....	53
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	54
3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
3.10. Etik Kurul Onayı.....	54

4. BULGULAR

4.1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular...	55
4.2. İnfertil Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	57
4.3. Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulgular.....	58

4.4. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları.....	60
4.5. İnfertilite Ve Tedavisinin Kadınların İşini Yapmasına Engel Olma Durumu.....	63
4.6. İnfertilite Ve Tedavisinin İş Stresi Düzeyi Puan Ortalamalarına Etkisi.....,	65
4.7. İnfertilite Ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Durumuna Etkisi.....	66

5. TARTIŞMA

5.1. İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi	69
5. 1. 1. Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Yaşadıkları.....	69
5. 1. 2. İnfertilite ve tedavisinin kadınların işini yapmasına engel olma durumu.....	72
5. 1. 3. İnfertilite ve tedavisinin iş stresi düzeyi puan ortalamalarına etkisi.....	74
5. 1. 4. İnfertilite ve tedavisinin işten soğuma/ işe gitmek istememe durumuna etkisi.....	75

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 78

6.1.Sonuçlar.....	78
6. 1. 1. İnfertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıklarının sonuçları.....	78
6. 1. 2. İnfertilite ve tedavisi ile ilgili düşüncelerin işini yapmasına engel olma durumu.....	79
6.1. 3. İnfertilite ve tedavisinin iş stresi düzeyi puan ortalamaları üzerine etkisi.....	79
6. 1. 4. İnfertilite ve tedavisinin işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisi.....	79
6.2.Öneriler.....	80
6.2.1.Uygulamaya yönelik öneriler.....	80
6.2.2.Araştırmacılara yönelik öneriler.....	80

7. KAYNAKLAR 81

8. EKLER 92

Ek-1 Tanıtıcı Bilgi ve Jinekolojik Öykü Formu	92
Ek-2. Çalışma Hayatı İle İlgili Bilgi Formu	94

Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	97
Ek- 4 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzni	99
Ek- 5 Ege Doğum Evi Eğitim Araştırma Hastanesi İzni.....	100
Ek-6 Etik Kurul Onayı.....	101
Ek- 7. Özgeçmiş.....	111

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1	55
Tablo 2	58
Tablo 3	59
Tablo 4	61
Tablo 5	64
Tablo 6	65
Tablo 7	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1:.....	12
Şekil 2:.....	20
Şekil 3:.....	28
Şekil 4:.....	29
Şekil 5:.....	30
Şekil 6:	31
Şekil 7:	32
Şekil 8:	33
Şekil 9:	35
Şekil 10:	36
Şekil 11:	37
Şekil 12:	38
Şekil 13:	49

KISALTMALAR

IVF.....	In Vitro Fertilizasyon
ET	Embriyo Transferi
YÜT.....	Yardımcı Üreme Teknikleri
GnRH.....	Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
SHBG.....	Seks Hormon Bağlayıcı Globulin
FSH.....	Folikül Stimüle Edici Hormon
HPA.....	Hipotalamus Hipofiz Adrenal Eksen
CRH.....	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
LH.....	Luteinleştirici Hormon
PRL.....	Prolaktin Hormonu
PCOS.....	Polikistik Over Sendromu
PID.....	Pelvik İnflamatuvar Hastalık
HSG.....	Histerosalpingografi
E2.....	Östradiol
TSH.....	Tiroid Salgılatıcı Hormon
ICSI.....	Intra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
USG.....	Ultrasonografi
KOH.....	Kontrollü Overıyan Hiperstimülasyon
hCG.....	İnsan Koryonik Gonodotropin
Hmg.....	İnsan Menopausal Gonadotrophin
ICSI	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
GİFT.....	Gamet İntrafallopian Transfer
ZİFT	Zigot İntrafallopian Transfer
TET.....	Tubal Embriyo Transferi

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve araştırmamın her aşamasında bilgisi, deneyimi ve sabrıyla desteğini benden esirgemeyen, araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde her zaman bana destek olan değerli danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT' a,

Tezimin değerlendirilmesinde değerli görüşlerini benden esirgemeyen hocam Sayın Prof.Dr. Samiye METE' ye ve Yard. Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY' e

İstatistik konusundaki bilgileri ile beni sürekli aydınlatan hocam Sayın Doç. Dr. Murat BEKTAŞ' a,

Verdikleri cevaplarla araştırmama katkı sağlayan tüm infertil kadınlara,

Her anlamda daima yanımda olduklarını hissettiğim çok sevgili aileme ve desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim, beni sürekli motive eden, her tükendiğimde beni yeniden başlamam için teşvik eden çok sevgili eşim Çağatay DURMAZOĞLU' na

TEŞEKKÜR EDERİM...

Gamze DURMAZOĞLU

ÖZET

İNFERTİLİTE VE TEDAVİSİNİN KADINLARIN ÇALIŞMA HAYATINA ETKİSİ

Gamze DURMAZOĞLU

DOKUZ EYLÜL HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

gmz2805@hotmail.com

Amaç: İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisini saptamaktır.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte olup, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi infertilite polikliniklerine gelen 200 kadınla yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Kadınların tanıtıcı, jinekolojik ve çalışma hayatlarına dair verileri alınmıştır. Veriler t testi, ki-kare testi ve tek yönlü varyans analiziyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların %50.0' ı son tedavide 2- 5 gün devamsızlık yapmış, % 53.0' ı izin almakta sorun yaşamıştır. Çoğu kadın (%76.5) düşüncelerinin işine engel olduğunu,% 52.0' ı odaklanma sorunu yaşadığını belirtmiştir. Kariyerinin etkilendiğini söyleyenlerin %91.7' i olumsuz etkilendiğini vurgulamıştır. Kadınların %32.5' i orta düzeyde genel iş stresi yaşadığını, tedaviye bağlı yaşanan iş stresi puanının 4.16 ± 2.709 olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki kadınların %87.5' i sorunlarını iş arkadaşlarıyla % 67.0' ı yöneticisiyle paylaşmada sorun yaşamıştır. Tedavi için gerekli enjeksiyonu %88.5' i iş yerinde yaptıklarını söylemişlerdir. İnfertilite ve tedavi süreci nedeniyle % 44.3' ü verimsizlik, %83.5'i devamsızlık, %10.9' u iş doyumsuzluğu, %5.5' i çatışma, %29.9' u işten soğuma durumlarını yaşamıştır. İnfertilite yılının işini yapmasına engel olma durumunu etkilediği saptanmıştır ($p= 0.021$). Tedaviye her iki eşin isteğiyle başlama ($p= 0.027$) ve infertilite nedenini bilmenin ($p=0.000$) iş stresini azalttığı saptanmıştır. İşten soğuma durumu incelediğinde son yapılan tedavi şeklinin ($p= 0.036$), kadınların tedavi gördüğü siklus sayısının ($p= 0.026$) ve infertilite nedenini öğrenme durumunun etkili olduğu belirlenmiştir ($p= 0.046$).

Sonuç: İnfertil kadınların değerlendirilmesinde ve destekleyici yaklaşımların planlanmasında, çalışma hayatıyla ilgili olan özellikleri dikkate alınmalıdır. İşverenler infertilite ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmeli, çalışanlarına bu konuda daha empatik yaklaşımları konusunda eğitim verilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, çalışma hayatı, kadın, psikososyal sorunlar

ABSTRACT
THE EFFECT OF INFERTILITY AND ITS TREATMENT TO WOMENS' WORKING
LIFE

Gamze DURMAZOĞLU
DOKUZ EYLÜL HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
gmz2805@hotmail.com

Aim: To determine effect of infertility and its treatment to womens' working life.

Method: A descriptive, cross-sectional and correlational study conducted with 200 woman who came to infertility polyclinics of İzmir Ege Maternity Hospital and Dokuz Eylül University Hospital. Data were collected by face-to-face interview method. The data were evaluated by t test, chi-square test and One Way Anova.

Findings: The 50.0% of women were absend 2- 5 days from their work during the last treatment and 53.0% of them had trouble to take time off from work. Most of women (76.5%) specified that their thoughts related to treatment prevent them from doing their jobs, and 52.0% of them have problems focusing to their jobs. The 91.7% of women who said that their careeer was affected emphasized that these are negative effects. The 32.5% of women specified that they have medium level work stres and they said the average point of treatment related work stres level was 4.16 ± 2.709 . The 87.5% of women in our study had troubles to share their treatment problems to coworkers and 67.0% of them had the same problem with their bosses. The 88.5% of woman stated that they dont have any problem related to injections in their work places. The 10.9% of them felt dissatisfaction of work, 5.5% had conflicts, 29.9 were alienated from work. It is determined that infertility years effects womens problem related to their works ($p= 0.021$). Couples that decide for treatment toogether ($p= 0.027$) and then knowed the reason of infertility ($p= 0.000$) had lower work stress. It is also determined that being alienated from work was effected by type of infertility treatment ($p= 0.036$), number of treatment cycle ($p= 0.026$) and knowing the reason of infertility ($p= 0.046$).

Conclusion: Evaluation and planning supportive approaches of the women who have infertility, their working life features shouldalso be considered. Employer should be informed about

infertility and its treatment process, their employees should be trained to treat them more empathetically.

Key words: Infertility, Working Life, Women, Psychosocial Problem

1. BÖLÜM

GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Amerikan Society for Reproductive Medicine Practice Committee'nin (ASRM) tanımına göre infertilite, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen bir yıl boyunca gebe kalınamaması durumudur (Speroff 2007, Koçyiğit 2012). Üreme çağındaki çiftlerin %10- 15 kadarını etkilemektedir. Son yıllarda bu oranın %30 lara kadar arttığı bilinmektedir. Bu artıştaki en önemli faktörün, çiftlerin konuya daha çok ilgi göstermeleri ve daha fazla sayıda kadının toplumsal şartlar nedeniyle evlenme ve doğurma yaşını geciktirmeleri olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde yaklaşık olarak 1.5- 2 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir. İnfertilite nedenlerine bakıldığında %40 kadından, %40 erkekten, %20 her ikisinden kaynaklanmakta ve infertil çiftlerin yaklaşık %10-20'si nedeni açıklanamayan infertiliteye sahiptir (Yanikkerem 2008, Kavlak 2002)

İnfertil olma durumu çocuk sahibi olmak isteyen çiftler için stresli bir olay olup, psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam durumudur (Ak 2001, Demirci 2001). Kadınlar bu infertilite sürecinde erkeklere göre daha fazla suçluluk, stres ve sorumluluk hissetmektedirler. Bu yüzden kendilerini “mağdur” gibi görebilmektedir. Bunun sebebinin, infertilite kaynağı kendisi olmasa bile, tedavide kadın bedeni kullanılması olduğu düşünülmektedir (Karaca ve Ünsal 2012).

In vitro fertilizasyon (IVF) veya embriyo transferi (ET) uygulanan çalışmalara göre (Bateman-Cass 2000, Lee 2010) tedavinin her basamağının ayrı psikolojik anlamı ve bedensel güçlüğü vardır. Kadının foliküllerinin uyarılmasıyla başlayan süreçte kadında kilo alımı, baş ağrısı, yorgunluk ve duygusal hassasiyet görülebilmektedir. Foliküllerin gelişim takibi, kadının sorumluluk hissetmesine ve kadını duygusal olarak hassaslaşmasına neden olabilmektedir. Foliküllerin toplanması basit bir girişimsel işlemle yapılırsa da kadınlarda hafif ile orta dereceli ağrıya sebebiyet vermesinden dolayı korku ve sıkıntı yaratabilir. Embriyo transferi ve sonrasında embriyoların tutunma aşamasından sonra gebeliğin oluşmasına kadar geçen süre ise tedavinin en zor basamağıdır. Kadınlar bu bekleme döneminde endişe, mutluluk gibi karmaşık duygular yaşamaktadırlar. Tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınların yetersizlik, eksiklik, boşluk, suçluluk, üzüntü, başarısızlık gibi duygular hissetmekte ve şiddetli yas reaksiyonu gösterebilmektedirler. Ayrıca infertilite tedavileri sırasında kadınlarda yüksek anksiyete ve

depresyon oranlarına rastlanmıştır (Karaca ve Ünsal 2012). Bu tedavi sürecinde kadınların çalışma hayatına sahip olması ve çalışma hayatının nasıl etkilendiği tartışılması gereken bir konudur.

Normal şartlarda kadının iş yerinde yeni bir şeyler üretmesi toplumda statü kazanması, kendini verimli hissetmesi onun psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca ekonomik anlamda kendini özgür hissetmesi ve kendini toplumda ifade edebilmesi kendisini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Genel olarak, çalışmak özellikle kadınların ruh sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Fakat infertilite gibi stresli bir süreçte, kadınların hem kendilerini işe vermeleri hem de sorumluluklarını yerine getirmeleri daha da zor olabilmektedir (Barut ve ark. 2010).

Çalışanların tedavi için ayırması gereken zaman önemli bir stres kaynağı olabilir. Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi duygusal değişikliklere ve strese karşı son derece duyarlıdır. Herhangi bir stres kaynağı kadında menstrüel düzensizliklere, anovulatuvar siklülere, erkeklerde de sperm sorunlarına neden olur. Dolayısıyla stres ve infertilite arasında kısır döngü bir ilişki vardır. Ayrıca iş kısıtlamaları da bazen infertilite tedavisine engel yaratabilir. Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalabilirler. Bu durum hem işverene hem kişiye hem de iş arkadaşlarına sıkıntı verebilmektedir. Fakat tedavi sürecinin pahalı olması nedeniyle, işi bırakmak çözüm olmayabilir (Uğur 2014, Kızılkaya 2009).

İnfertilite ve tedavi sürecinin çalışma hayatını nasıl etkilediği konusunda Türkiye' de yapılan herhangi bir çalışma yokken uluslararası literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Fakat sekonder olarak infertilite tedavi sürecinin çalışma hayatını inceleyen çalışmalarda, bu sürecin çalışma hayatını hem pozitif hem negatif etkilediği gösterilmiştir. literatürde infertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatını nasıl etkilediğini direkt olarak inceleyen herhangi bir çalışma yoktur.

Bringhenti ve arkadaşları (1997) rutin jinekolojik muayeneye gelen bir grup anne ile bir grup infertil kadın arasında kesitsel anket çalışması uygulayarak, psikolojik uyum değerlendirildiği bir araştırma yapmışlardır. İnfertil grubun, diğer gruba göre eşleri ile olan ilişkilerinde memnuniyetleri daha fazla olup, anksiyete durumları daha yüksek bulunmuştur. İnfertil kadınlarda emosyonel durum farklılığının IVF siklüs sayısı, iş pozisyonu, iş doyumu ve benlik saygısı ve kişilik faktörlerinden etkilendiği bulunmuştur.

In vitro fertilizasyon (IVF) sürecinde infertilite ve tedavi stresine yönelik erkek ve kadınlarda cinsiyete bağlı algı farklılıkları ve benzerliklerini belirlemek için IVF tedavisi alan 200 çift ile bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonucunda, kadınların erkeklerden daha fazla sosyal destek almalarına rağmen daha fazla stres yaşadıkları bulunmuştur. Bu stresin sosyal işlevsellik ve iş verimliliğinden olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Collins ark. 1992).

Fourquet ve arkadaşlarının (2010) 68'i infertil olmak üzere toplam 107 kadın ile yapmış oldukları bir çalışmada, endometriyozisin sağlık, iş ve günlük hayatı nasıl etkilediği araştırılmıştır. Sonuç olarak yapılan işin kalitesinde azalma olduğu, kişilerin işe devamsızlıklarının arttığı, iş performanslarının azaldığı, kariyerlerindeki ilerleyişin durduğu bulunmuştur.

Hong Kong'daki bir yardımla üreme biriminde, Çinlilerde başarısız IVF tedavisi sonrası yaşamlarının ve deneyimlerinin araştırıldığı kalitatif bir araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmada, tedavi sürecinin çalışma hayatını nasıl etkilediği de değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda tedavi gören kişilerin, enerjisini üreme kabiliyetinden; kişilik gelişimi, kariyer planları ve eğitimini tamamlamaya çevirdiği, iş arkadaşları arasında yükselip gelişmesi için bunun bir fırsat olduğu ve bu durumu bir şans olarak gördükleri bulunmuştur (Lee ve ark. 2009).

Wirtberg ve arkadaşları (2006), İsveçli 14 kadın ile başarısız infertilite tedavisinden 20 yıl sonra kadınların tedaviye ilişkin deneyimlerini öğrenmek için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla bir araştırma yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda kadınların bu süreci daha rahat geçirebilmeleri için kendilerini seyahat ve işle ilgili alanlara yönlendirdikleri bulunmuştur.

Hammarberg ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir başka çalışmada, IVF tedavisi bittikten sonraki 2- 3 yılda kadınların hissettikleri duyguları ve deneyimleri incelenmiştir. Kadınların %41' inin iş yerinde IVF kararını kesinlikle tartışmadığı, % 41' inin kariyerini çoğunlukla negatif veya biraz negatif etkilediği, %58'inin IVF nedeniyle kariyerinin ertelendiği, % 66' sının IVF nedeniyle iş fırsatlarını kaçırdığı saptanmış olup, %42' sinin kariyerini etkilemediği veya pozitif etkilediği tespit edilmiştir.

Yapılmış olan bu araştırmalar gösteriyor ki; infertilite tedavi süreci kadınların çalışma hayatını farklı yönlerde etkilemiştir. Bazı kadınlar bu durumu bir fırsat gibi değerlendirip

kariyerlerinde gelişme için bir şans olarak görürken, çoğu kadın bu süreçte zaman, odaklanma problemi gibi nedenlerle iş hayatında problem olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamız, infertilite tedavisi gören Türk kadınlarının çalışma hayatındaki deneyimlerini inceleyerek bu sürecin daha olumlu geçmesi için yapılması gereken girişimler konusunda infertilite hemşirelerine, ekibe ve iş yeri hemşirelerine bilgi sağlayacaktır. Aynı zamanda hem sağlık profesyonellerinin yaklaşımlarını şekillendirecek hem de işverenlerin bu süreçte çalışanlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmamızın amacı, infertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisini saptamaktır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2. 1. İnfertilitenin Tanımı

Amerikan Society for Reproductive Medicine Practice Committee'nin (ASRM) tanımına göre infertilite, korunmasız cinsel ilişkiye rağmen bir yıl boyunca gebe kalınamaması durumudur (Speroff 2007, Koçyiğit 2012). İnfertilite primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Daha önce hiç gebelik olmaması primer infertilite, daha önce mutlaka canlı doğum olmamasına rağmen önceden gebe kalınmış olması, sekonder inretilite olarak adlandırılır. İnfertilite nedenleri arasında %55- 75 oranında primer infertilitenin, %25- 40 sekonder infertilite sorumlu olduğu bildirilmiştir. Tek bir menstrüel siklüste gebe kalma olasılığına fekundabilite, tek bir siklüste canlı doğum yapabilme olasılığına ise fekundite denir. Normal bir çiftin fekundabilite oranının %20- 25 olduğu tahmin edilmektedir. Bu tahminlere dayanarak çiftlerin yaklaşık %90' ının 12 ay korunmasız cinsel ilişkiden sonra çocuk sahibi olması gerekir (Jonathen 2011).

İnfertilite araştırmasındaki tüm standart elemanların normal çıkması sonrası konan tanıya ise açıklanamayan infertilite denir. İnsidansı, infertil popülasyonda tanı kriterlerine bağlı olarak %10- 30 arasında değişmektedir. Tanı, normal semen analizi, ovülasyonun objektif kanıtları, normal uterin kavite ve bilateral tubal açıklık olduğunda konur (Speroff 2007).

2. 2. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler

2. 2. 1. Cinselliğe ilişkin faktörler

Cinsel ilişki sıklığı ve zamanlama: Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama, coitus için uygun zaman ve tekniğin bilinmemesi İnfertilitenin en sık rastlanan nedenleri arasındadır. Gebe kalmak isteyen çiftlere haftada en az dört kez cinsel ilişkide bulunmaları önerilir. Gebelik ihtimalini artırmanın en etkili yolu ise, ovulasyondan önce cinsel ilişkide bulunulmasıdır. Çünkü ovulasyon olduğunda veya hemen sonra genital kanalda sperm bulunması gerekir. Spermiler kadın vücudunda 72 saatten fazla canlılıklarının sürdürebilirler fakat ovumun yaşam süresi fertilize olmazsa 12 saattir. Yapılan çalışmalarda doğal konsepsiyonun ovülasyondan 6 gün önce ya da ovülasyondan 3 gün sonra olduğu ilişkilerde gebelikle sonuçlarının pozitif olduğu saptanmıştır. (Kavlak 2002).

Cinsel sorunlar: Cinsel ilişkinin gerçekleşmemesi, erektil disfonksiyon, dispareni, prematür ejakülasyon gibi nedenler de fertilité sorunlarına yol açabilir (Kızılkaya 2009).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar: Genelde sekonder infertilite nedenleri arasındadır. Tedavi edilmemiş klamidya enfeksiyonu veya gonoreesi olan erkekler ve pelvik inflamatuvar hastalığı olan kadınların sağlık kuruluşlarına infertilite nedenleriyle başvurdukları görülmüştür. HIV enfeksiyonu kadınlarda çoğunlukla 15- 44 yaş arasında görülmektedir. Doğurganlık çağında görülmesi nedeniyle HIV enfeksiyonu kadının doğurganlığını negatif yönde etkiler (Kızılkaya 2009).

Kayganlaştırıcı maddeler: Bazı lubrikantlar sperm motilitesini azaltır, spermisit özelliği taşır ve kullanıldıkları zaman da gebeliği engelleyebilir (Kızılkaya 2009).

2. 2. 2. Yaşam biçimine ilişkin faktörler

Yaş: Fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24- 25 yaşlarıdır. Azalmış fecondite 15- 24 yaş arasındaki kadınların % 4'ünde görülürken, 25- 34 yaş kadınlarda %13 oranında görülmüştür. Yaşın ilerlemesiyle birçok endokrin değişiklikler nedeniyle, overyan volüm, overyan foliküllerin sayısı ve oosit kalitesinde azalma olmaktadır. Yaşla birlikte kromozomal anomalileri ve spontan abortus oranları artar. Yaşlı kadınlarda gençlere göre elde edilen oosit ve embriyo sayısı düşük, embriyo bölünme oranları yüksek ve implantasyon şansı düşük bulunmuştur. Erkeklerde ise yaş ile birlikte Leydig hücreleri ve testosteron düzeyi azalır. Bu durum sperm üretimi ve kalitesini olumsuz yönde etkiler. Sperm konsantrasyonu, semen volümü, sperm motilitesi ve normal morfolojik sperm oranları; yaş arttıkça azalır. Yardımcı üreme teknikleriyle elde edilen başarı oranları da yaş arttıkça azalmaktadır (Speroff 2007, Jonathen 2011, Cemal ve ark. 2006 , Kavlak 2002).

Beslenme: Kadın ve erkeklerde günlük iki litre su içilmesi ve vücudu dehidrate edecek sıvıları tüketmemesi fertilitéyi artırmaktadır. Folat ve folik asit türevi besinlerle beslenen erkeklerin bu gıdaları tüketmeyen erkeklere oranla daha az anoploidik sperme sahip oldukları saptanmıştır (Kızılkaya 2009).

Vücut ağırlığı: Aşırı şişmanlık veya aşırı zayıflık overlerin fonksiyonlarında değişime neden olur. Yüksek kilolu, obez veya düşük kilolu bayanlarda (BKİ 17' nin altında) hipotalamik GnRH ve hipofiz gonadotropin sekresyonundaki anormalliklere rastlanmıştır. Obezite bazal vücut insülin düzeyinin yükselmesi ve artan insülin direncine neden olmaktadır. Artmış insülin

seviyeleri de over stromasında androjen üretiminin teşvik edilmesiyle ilişkilidir. Ayrıca obezite SHBG düzeylerinde azalmaya da yol açar. Obez erkeklerde DNA kırılma oranlarının arttığı bulunmuştur. Bu sebeple obez kişilerde kötü kaliteli spermatogenez böylece azalmış sperm sayısı ve azalmış motilite oranları görülmektedir. Sperm jel elektroforez yöntemi ile sperm proteinleri incelenmiş ve 12 spot proteinden 9'unun obezite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Böylece obezitenin spermde bulunan proteinlerin kompozisyonunu da değiştirdiği düşünülmektedir (Kavlak 2002, Terzioğlu F. , Boyar 2013, Erdemir 2011).

Sigara, kafein ve uyuşturucu madde kullanımı: Sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre infertilite oranı daha yüksek, fekundabilite oranı düşük ve gebe kalma süresi daha uzundur. Sigara içen kadınlarda overlerden salgılanan östrojen düzeyindeki azalma, overlerin fonksiyonlarında azalmaya neden olmakta ve FSH'nin düzeyini yükseltmektedir. Sigara içerisinde bulunduğu bilinen toksinlerin çoğuna, sigara içen kadınların overlerinde, foliküler sıvılarında rastlanmıştır. Nikotin, ovumun uterusu doğru ilerlemesini ve ulaşmasını önlediği, ovumda genetik anomalilere eğilimi artırdığı da bilinmektedir. Erkeğin sigara içmesi ise semen analizi sonuçlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Sigaranın, sperm konsantrasyonunu, sayısını ve hareketini azalttığı, spermin penetrasyon yeteneğini azalttığı, morfolojisi üzerine olumsuz etkisinin olduğu, sperm hücrelerinde DNA hasarının artmasına neden olduğu bulunmuştur (Speroff 2007, Terzioğlu ve ark. 2008).

Kafein uterusu giden kan akımını azaltır ve böylece fertilizasyon üzerine olumsuz etkileri vardır. Uyuşturucu madde içeren ilaçlar erkekte testosteron düzeyinde düşmeye neden olur, sperm kalitesini azaltır. Kadında ise tubal hastalık riskleri artırır. Kadınlarda ağır alkol tüketimi fertiliteyi azaltır, erkeklerde ise azalmış semen kalitesi ve impotansa neden olur (Speroff 2007, Kavlak 2002).

Çevresel zararlı ajanlar: Çevrede bulunan zararlı toksinlerin çoğu kadında gebe kalma kapasitesinin azalmaya neden olur (Kavlak 2002). Çevresel nedenlerin ilki fiziksel etkenlerdir. Sıcaklık, iklim koşulları, ışın, travma, giyeceklerimiz başlıca fiziksel çevre öğelerdendir. Isı arttıkça semen kalitesinin düştüğü bulunmuştur. Sperm üretimi için testislerin beden ısısından 3-4 derece daha soğuk olması gerekmektedir. Bununla ilişkili olarak sperm sayısı yazın kışa göre %30 daha düşüktür. Testisleri sıkan ve ısını artıran kıyafetlerin giymek, 20 dakikadan daha fazla sıcak suyla banyo yapmak sperm sayısını azaltır. İki saat durmadan bilgisayar veya araba

kullanmak skrotum ısını 1.7- 2.2 derece artırır. Çevresel nedenlerin ikincisi kimyasal etkenlerdir. Bunlar zehirler ve bazı etken maddelerdir. Hava kirliliği ise sperm DNA harabiyeti ve böylece erkek subfertilitesine sebep olabilir. Karbondioksit; libido azalımı, sperm anomali ve impotans artışa neden olmaktadır. Dibromokloropropan azospermi ve oligospermiye neden olmaktadır. Kurflun, krom, nikel ve kadmiyum gibi metallere maruz kalmak spermatotoksiktir. Kuru temizleme sanayisinde kullanılan perkloretileni dokuma işinde kullanılan tolien, etilen oksit ve karışık solventlerin fekunditede azalmayla ilişkisi olduğu bulunmuştur. Temel madde eksiklikleri üçüncü etkidir. Psikolojik etmenlerle, sosyokültürel ve ekonomik etmenleri de çevresel etkenler arasında sayabiliriz. (Speroff 2007, Cemal ve ark. , Kızılkaya 2009).

Psikolojik nedenler: Birçok ruhsal hastalık, şiddetli çocuk arzusu, aile içi geçimsizlikler, cinsel soğukluk, vajinismus ve cinsel ilişkide şiddetli ağrı ve ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınma kadına ait infertilite nedenidir (Kızılkaya 2009).

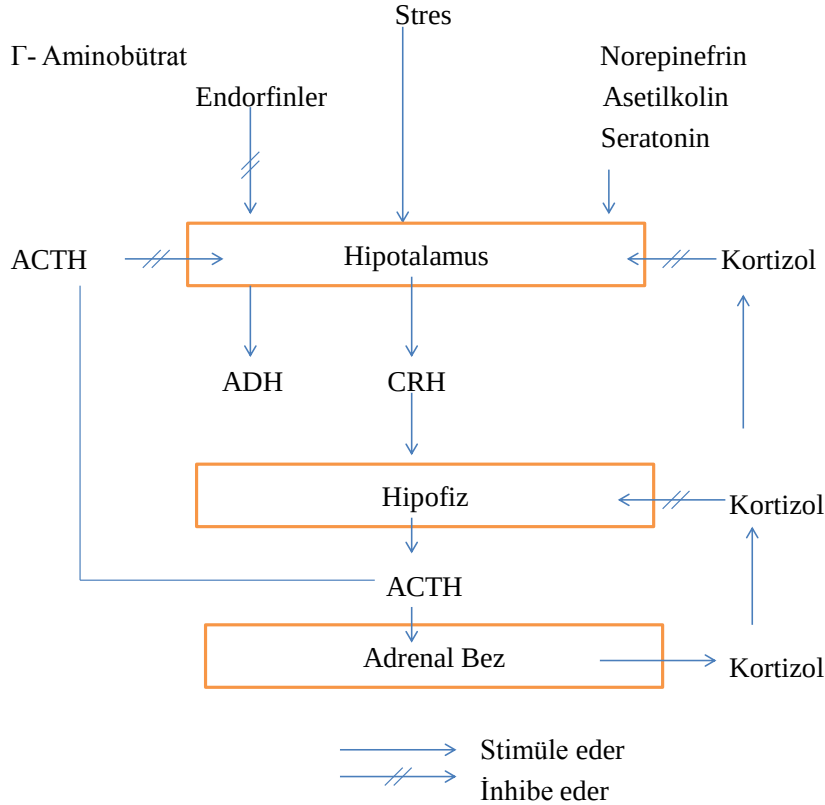
İnfertil kadınların çoğu hem gebeliği çok ister hemde gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duyguları taşırlar. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağına, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceğine, iyi bir anne olamamaya bağlı olan korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir (Kızılkaya 2009).

Erkeklerde ise psikolojik infertilitenin temel nedenleri arasında ereksiyonda ve ejakülasyonda görülen başarısızlıklar vardır. Bunula birlikte; erkekler de kadınlar gibi bilinçsiz olarak koitusdan kaçınabilirler. Çocuklukta geçirilen beslenme sorunları, çocukluk hastalıkları, psikolojik travmalar, aşırı düşkün ve koruyucu annelik psikolojik empotans sebepleri arasındadır (Kızılkaya 2009).

Stres: Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi duygusal değişikliklere ve strese karşı son derece duyarlıdır. Stres durumunda kadında menstrüel düzensizlikler, anovulatuvar sikluslar, erkeklerde sperm sorunları oluşabilir. Stres infertilite nedeni, infertilite de stres nedeni olabilir (Kızılkaya 2009).

Anksiyete, yeme bozuklukları, depresyon, malnütrasyon gibi strese neden olan etmenler amonereye neden olabilmektedir. Bunun nedeni hipotalamus hipofiz adrenal (HPA) ekseninin, stresle aktive olmasıyla kadının üreme sistemi üzerine inhibitör etki yapmasıdır. HPA aksı, kompleks feed back mekanizmalarına sahip nöroendokrin bir yoldur. Bu yolağın strese maruz kaldığında artan aktivitesi hipotalamik "corticotropin-releasing hormone" (CRH)'ın salınımı ile

ilgilidir. CRH HPA aksının temel düzenleyicisidir, stres tepkilerini aktive eder, sempatik sistemin etkinleştiricisidir. GnRH hormonunun salınımını da inhibe eder. Gonadotropinlerin (FSH ve LH) salgılanmasını; FSH üzerinden overlerdeki foliküllerin gelişmesini, LH üzerinden ise foliküllerin olgunlaşmasını/ovulasyonu, östrojen ve progesteron sekresyonunu uyarır (Kalantaridou 2004)



Şekil 1: Hipotalamus hipofiz adrenal (HPA) eksenini ve stresle ilişkisi

2. 2. 3. Sağlık durumuna ilişkin faktörler

Alerjik nedenler (Antisperm antikorları): Antisperm antikorları serumda, menide ve servikal mukusta bulunur. Sperm hareketliliğini ve canlı sperm oranını azaltır, akrozon reaksiyonunu ve zona pellisudanin penetrasyonunu engelleyer. Serumda Ig G ve Ig M, meni ve servikal mukusta ise Ig A tipi antikorlar bulunur (Kızılkaya 2009, Yıldız S. ve Gürbulak 2005).

Hipotroidi/ Tip 1 Diyabet: Hipotroidi/ Tip 1 Diyabet gibi otoimmün hastalığı olan kadınlarda açıklanamayan anovulasyon ya da disfonksiyonel kanamalar olabilmektedir. Tiroid

hormonları overler üzerine direk, GnRH ve PRL sekresyonları üzerine indirek etki eder. Dolayısıyla tiroid fonksiyon bozukluklarında menstrüel düzensizlikler ve infertilite riski olabilir (Kızılkaya 2009).

Genital tüberküloz: Tubal infertilite nedenlerinin yaklaşık olarak yarısını kapsar. Tanı koyması güç, tedavisi ve gebelik sonuçları zayıftır. (Fenkci ve ark. 2003, Kızılkaya 2009).

İlaçlar/ toksinler/ radyasyon: Bazı ilaçlar (antihipertansifler ve trankilizanlar gibi) erektile disfonksiyona ve canlı sperm sayısında azalmaya neden olabilmektedir. Kanser ilaçları, spermatogenezi ve over fonksiyonlarını engelleyebilir. X ışınları ise gonadal yetersizliğe neden olabilmektedir (Kızılkaya 2009).

Kemoterapi: Kemoteröpatikler, radyoterapi ve cerrahi erektile disfonksiyona, ejakülasyon bozukluklarına, hipogonadizme, amenoreye ve kalıcı infertiliteye neden olabilmektedir. Antineoplastik ajanların çoğu değişik organlarda toksisiteler oluşturmakta ve geç toksik etkiler ortaya çıkarabilmektedirler. Başarılı kanser tedavisi gören ve normal yaşamlarına dönen kadınlarda prematür over yetmezliği ve infertilite görülebilmektedir (Kızılkaya 2009, Şen ve ark. 2011).

Cerrahi operasyonlar: Kadın ve erkeklerde pelvik ve üreme organları ile ilgili yapılan ameliyatlara, yapışıklıklara, anatomik değişikliklere ve sinirlerin zarar görmesine neden olarak fertilite sorunları oluşturabilmektedir (Kızılkaya 2009, Başbuğ ve Arıkanoglu 2010).

Enfeksiyonlar: Subklinik enfeksiyonla fertilite arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Chlamydia trachomatis ve Mikoplazma türleri özellikle dikkat çekmektedir. Chlamydia ile pelvik inflamatuvar hastalık arasındaki ilişki ise kanıtlanmıştır (Jonathen 2011).

2. 2. 4. Üreme sistemine ilişkin faktörler

Overlere ilişkin faktörler

Ovulasyon bozuklukları: Ovulasyon fazındaki bozukluklar tüm fertilite sorunlarının % 30- 40'ını oluşturur. Bu bozukluklar kadın infertilitesinin en kolay tanı konan ve en iyi tedavi edilebilen hastalıklarıdır. Luteal faz disfonksiyonu, anovulasyon ve amonere ovülasyon bozukluklarındandır. Anovulasyon luteal faz ortasında serum progesteron konsantrasyonunun 30 nmol/L seviyesinin altında olması ya da siklus boyunca gelişen bir folikülün olmamasıdır. İnfertil çiftler değerlendirilirken ilk olarak ovulasyon varlığı tespit edilir (Kızılkaya 2009, Speroff 2007).

Over ve hipotalamo- hipofizer infertilite nedenleri: Overlerde meydana gelen bir patoloji infertiliteye neden olabileceği gibi, overleri kontrol eden üst merkezlerde meydana gelen bir patoloji de infertilite neden olabilmektedir (Kavlak 2002).

Hipergonadotropik amenore: Nadiren de olsa, tümörler aşırı gonadotropin üretebilirler. Bu durum genellikle akciğer kanseri ile ilişkilidir. Overler normal görünümlü folikülleri içerir fakat gelişmekte olan folikül hücreleri lenfosit ve plazma hücrelerinin infiltrasyonu ile çevrilidir (Boyar 2013).

Hipogonadotropik amenore: Bazı infiltratif hastalıklar veya tümörler GnRH salgılanmasını azaltıp amenoreye neden olabilir (Boyar 2013).

Hiperprolaktinemi: Hiperprolaktinemi ovarial disfonksiyona neden olabilmektedir. Prolaktin yüksekliği ile ilişkili olan amenore GnRH'nin pulsatil salgılanmasının inhibisyonundan kaynaklanmaktadır. Prolaktinomalar en sık görülen hipofiz tümörleridir ve sıklıkla hiperprolaktinemiye neden olurlar. Prolaktin kaynaklı infertilitede galaktore, amonere, oligomenore, luteal yetmezlik ve foliküler disfonksiyon görülmektedir. Prolaktin seviyesini artıran diğer durumlar, gebelik ve emzirme sırasında görülen fizyolojik artış, stres veya ilaç kullanımıdır (Boyar 2013, Barın ve ark. , Beksaç 2006).

Hipotiroidizm: Menstrüel düzensizlikler ve kanama sorunları hipotiroidili kadınlarda sık sık görülür. Hipotiroidizm, TRH'ye bağlı prolaktin seviyesindeki artışlara veya amenoreye neden olabilir (Boyar 2013, Beksaç ve ark. 2006).

Hipertiroidizm: Hipertiroidizmde SHBG ve östradiol serum düzeyleri artabilir. Siklüs ortası LH ve FSH pikleri azalabilir veya hiç olmayabilir. Tirotoksikozun tedavisi ile menstrüel fonksiyon ve fertilité genelde normale döner (Boyar 2013, Beksaç ve ark. 2006).

Polikistik over sendromu (PCOS): PCOS üreme çağındaki kadınları etkileyebilmektedir. Kronik anovulasyon ve hiperandrojenizm ile karakterizedir. Düzensiz menstrüel kanamalara ve anovulasyona yol açarak infertiliteye neden olmaktadır. Nedeni çok iyi bilmemektedir. Hipotalamik düzeyde Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) ve dolayısıyla hipofizer gonadotropinlerin (FSH, LH) sekresyonunda bir bozukluk sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. PCOS' lu kadınların %30- 40' ında LH seviyesi yüksektir. Artmış LH sekresyonu insülin rezistansı, artmış growth faktörler, ovaryan steroidogeneizde blok, ovaryan ve adrenal androjen sekresyonunda disregülasyon gibi nedenlerle androjen artışı foliküler arrest ve anovülasyona

neden olabilmektedir. Diğer tıbbi klinik durumların dışlanması ve aşağıdakilerden ikisinin varlığında PCOS tanısı konur:

- ✓ Oligoamenore veya amenore belirtileri
- ✓ Hiperandrojenemi
- ✓ Hiperandrojenizm
- ✓ USG ile saptanan polikistik overler

(Jonathen 2011, Baran 2009, Kızılkaya 2009, Beksaç ark. 2006).

Hipertekozis: Over stromasını kaplayan teka hücrelerinin hiperplazisi sonucu gelişmektedir. Overler normal veya büyümüş olabilir. Kitleler en fazla 7 cm çapına ulaşır. PCOS'un daha hızlı ve ciddi seyreden, tedaviye oldukça dirençli olan bir formudur (Ulusoy 2005, Kızılkaya 2009, Beksaç ark. 2006).

Luteal disfonksiyon: Yetersiz bir luteal faz, korpus luteum tarafından progesteron salgılanmasındaki eksikliklerden kaynaklanır. Serum progesteron düzeyleriyle luteal faz anormallikleri arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. İnfertil kadınların yalnızca %3- 4'ünde luteal faz yetmezliği vardır (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).

Servikse ilişkin faktörler: Servikal faktörler serviksin yapısal anamolileri, servisit ve servikal mukus anormalliklerini içermektedir. Servikal stenoz konizasyon sonrası meydana gelen skar dokusu, dört ve üzerinde yapılan mekanik dilatasyon (abortus, dilatasyon & küretaj, uterusun boşalması vb.) ya da yoğun lazer kullanılması gibi faktörler de infertiliteye neden olabilmektedir. Stenoz, endoservikal epitelin yapısal bozukluğuna o da servikal mukusun bozulmasına neden olmaktadır. Enfeksiyon veya kronik servisit servikal mukusun özelliğini yitirmesine sebep olarak infertilite sorunlarını ortaya çıkabilir. Servikal mukusun Ph'ındaki, kalitesindeki veya yoğunluğundaki değişiklikler mukusun fizyolojik işlevini engelleyebilir (Uğur 2014, Kızılkaya 2009).

Uterusa ilişkin faktörler: İnfertil çiftlerin hemen hemen yarısında bu faktör saptanmaktadır. Anatomik uterin faktörler, konjenital anormallikler, adenomlar, endometriyal yaralanmalar ve submukoz fibroidleri içermektedir. Uterin faktörler gebelik oluşmasını az da olsa etkilemesine rağmen oluşmuş gebeliklerin %25'i kaybedilmektedir. Bu durumda unutulmuş RİA' lar ve mukoza lezyonları, sık görülmesine de üreme yetersizliğine yol açabilir. Endometriyumun implantasyonundan luteal faza ve olgun desiduaya gelişmesinde oluşan en küçük defektler bile

infertiliteye neden olabilmektedir. Bunların dışında uterus agenezisi ve hipoplazisi gibi bazı uterus anomalilerinde de gebelik umudu yoktur. YÜT ile fertilizasyon sağlanır (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009, Beksaç ve ark. 2006).

Endometriyozis: Endometriyozis, endometriyum stromanın ektopik olarak bulunması şeklinde tanımlanan ve pelvik ağrı ile infertilitenin eşlik ettiği bir hastalıktır. Endometriyozisli olgularda genel olarak potansiyel faktörler bozulmuş follikülogenez, azalmış fertilizasyon, immünolojik faktörler (Antiendometrial antikorlar, antiover antikorları, antinükleer ve lupus antikoagülasyon antikorlar), implantasyon defekleri, mekanik faktörler (over kapsülündeki fibrozdan dolayı oositin atılamaması, tubal obstrüksiyon gibi), intraperitoneal inflamatuvar cevap ve endokrin anormalliklerdir. Endometriyozisi olan kadınların yaklaşık yarısının çocuk sahibi olabilmeleri için tedavileri gerekir. İnfertilite nedeni ile başvuran kadınların yaklaşık % 25’inde endometriyozis saptanmaktadır (Hassa 2004, Kızılkaya 2009, Speroff ve Fritz 2007, Beksaç ark. 2006).

Tubal faktörler: İnfertilite nedenlerinden %25- %30’unu tubal faktörler oluşturur. Tüplerin kısmen ya da tamamen tıkalı olması sperm ile yumurtanın buluşmasını engelleyerek fertilizasyonu imkansız kılar. Tubal faktörlerin neden olduğu infertilite cerrahi olarak tedavi edilir. Tubal cerrahinin başarısı tuba çevresindeki adhezyon formasyonunun ölçüsüne, fallop tüpünün fimbria uçlarının durumuna ve lümeninin ne ölçüde hasar gördüğüne bağlıdır. Hasar gören tüpün fizyolojik fonksiyonu geri döndürülemez biçimde değişmiş olur. Uterin kavite ile bağlantısı devam eden hidrosalpinx varlığında IVF ile elde edilen gebelik ve canlı doğum oranları azalmaktadır (Demirel ve ark. 2006, Kızılkaya 2009, Speroff ve Fritz 2007, Beksaç ark. 2006).

Peritoneal faktörler: Bu faktörler, abdominal kavitenin peritoneal yüzeyindeki bir anamoli ya da endometriyozis nedeniyle ovulasyon sırasında ovumun overden tubal ostiuma taşınmasını engelleyen durumlarda ortaya çıkar. Genellikle travma (ameliyat, pelvik yaralanmalar) ve kronik inflamasyon (enfekte kürtajlar, rüptüre apandisit, mezenterik lenfadenit, gonore, PID) sonucunda görülen peritubal ve paratubal yapışıklıkları içerir. Peritoneal faktörler infertilitenin %20’sini oluşturmaktadır. Peritoneal faktörlerin saptanmasında laparaskopi altın standarttır (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009, Beksaç ve ark. 2006).

Vulva ve vajene ait faktörler: Vulva ve vajende oluşan bir anatomik bozukluk koitusu önlemektedir. Bunlar imperfore himen, vajende enine veya boyuna septum varlığı, parsiyel veya total vajen yokluğu gibi durumlardır. Bu şartlarda koitusun dolayısıyla spermilerin vajene girmesi önlenmektedir. Disparoni tam olmayan veya nadir olan cinsel ilişkiye neden olduğundan infertilite sebebi sayılabilir. Ayrıca vajinismus da bir infertilite nedeni olabilmektedir. Bazen normal koitus olsa ve spermier vajen arka forniksine ulaşsa bile vajenin spermier üzerine zararlı etkisi olabilir. Bazı kişilerde vajen asididetisi fazla veya bu asidideyi nötröize eden servikal mukus yetersiz olmaktadır. Meydana gelen asit ortamın, arka forniksde toplanan spermier üzerine öldürücü etkisi vardır (Kavlak 2002).

2. 2. 5. Sperme ilişkin faktörler

Sperm üretim bozuklukları: Erkek infertilitesinde spermier üretim ve olgunlaşma bozuklukları en sık rastlanılan durumdur. Üretim bozukluğu sperm sayısının azlığı, sperm hareketlerinin zayıflığı veya sperm şekillerinin (morfoloji) anormallığı ile de ilgili olabilir. Erkek fertilitésinin araştırılmasında sperm sayısı, motilite ve morfoloji parametreleri kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün kriterlerine göre sperm sayısı $<20 \times 10^6 / \text{ml}$ (oligozoospermi), ileri hareket $<50\%$ (astenospermi) ve/veya $<30\%$ morfoloji (teratozoospermi) anormal semen sayılır (Kızılkaya 2009).

Sperm şekil ve hareket bozukluğu: Fertilizasyonun olabilmesi için sperm şekli uygun olmalı ve ovuma ulaşması hızlı olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütünün kriterlerine göre toplam sperm motilitesi $40(\text{PR}+\text{NP})$, ilerleyici sperm motilitesi $40(\text{PR}+\text{NP})$ 32% PR, sperm morfoloji ise $\geq 4\%$ olmalıdır. Sperm şekil ve hareket hızı anormal ise spermier ovuma ulaşması ve fertilizasyonun gerçekleşmesi mümkün olmamaktadır (Kadioğlu 2011, Kızılkaya 2009).

Düşük sperm konsantrasyonu: Semen milimetresinde 15 milyon ve üzeri sperm konsantrasyonu normal olup 10 milyon ve altında sperm konsantrasyonu ise infertiliteye neden olmaktadır (Kadioğlu 2011, Kızılkaya 2009).

Hiperspermi: Meni miktarının 6.3 ml den fazla olmasıdır, bu durum menideki sperm miktarını değişmez fakat meni miktarı arttığı için sperm dilüsyonuna yol açarak infertiliteye neden olabilir. Meni miktarı sürekli 6.0- 6.5 ml nin üzerindeyse hiperspermiden söz edilir (Kızılkaya 2009).

Aglütinasyon: Menideki antikorlar nedeniyle spermin birbirine bağlanarak kümeleşmesine aglütinasyon denir. Aglütinasyon olduğunda spermin hareketliliği ve fertilizasyon yeteneği azalır (Kızılkaya 2009).

2. 2. 6. Testislere ilişkin faktörler

Varikozel: Varikozel, spermatik kord içindeki pleksus pampiniformisin dilatasyonudur. Normalde sağlıklı erkeklerin %10-15'inde varikozel görülebilir, bu oran infertil erkeklerde %20-40 arasındadır. Varikozelin testis ısısının yükselmesi veya toksik metabolitlerin reflüsü aracılığıyla testisler üzerine fizyopatolojik etki ettiği düşünülmektedir. Tedavi seçenekleri çok çeşitli olmakla beraber, en iyi sonuçlar cerrahi tedavi sonrasında elde edilmektedir (Jonathen 2011, Boğatekin ve Ozan 2013, Kızılkaya 2009).

Kriptorşidizm: Normal spermatogenezin meydana gelmesi için intraabdominal gelişen testislerin, skrotuma fetal hayatın 8. ayında inmesi ile gerçekleşir. Doğumdan 3- 4 ay sonra kendiliğinden inme şansı azalmaktadır. İnmemiş testis, spermlerin vücut ısısında yüksek ısıya maruz kalarak infertiliteye neden olabilmektedir Tanının erken konulması ve uygun tedavinin yapılması kişiyi infertiliteye karşı korur. (Aksakal ve ark. 2009, Kızılkaya 2009).

Hipogonadotropik hipogonadizm: Hipotalamus ve pitüiter bezlerden salgılanan hormonların eksikliği infertiliteye yol açabilmektedir. Hipogonadotropik hipogonadizm ilaçlarla tedavi edilebilen nadir erkek infertilitesi nedenlerindendir. Tedavide GnRH veya HCG ve FSH kombinasyonları kullanılmaktadır. Hipertiroidizmi olan erkeklerde özellikle sperm motilitesinde azalma olmaktadır, bu problem hasta normal tiroid fonksiyonlarına kavuştuktan sonra düzelebilmektedir. Ayrıca iyot tedavisi sonrası da sperm kalitesinde düşüş olduğu bulunmuştur (Kızılkaya 2009).

Hipergonadotropik hipogonadizm: Testislerde yeteri kadar sperm üretiminin olmaması nedeniyle infertiliteye neden olur. Genellikle primer gonat yetmezliği (yüksek FSH ve LH, düşük testesteron düzeyleri) vardır (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).

Hipospadias: Hipospadias bir doğum defektidir. Genel olarak genital tüberkülün yetersiz virilizasyonuna bağlı, penis ventralinde ve üretrada doku formasyonunun yetersizliği ile karakterize olan ve üretral meatusun penis ventralinde olması gerekenden daha proksimale açıldığı konjenital bir anomalidir. Cerrahi olarak tedavi edilmezse spermlerin servikse ulaşmasını engelleyebilir (Demirer Z.ve Kibar Y. 2011, Kızılkaya 2009).

Epispadias: Epispadias penisin dorsal yüzeyi, abdomen ve mesanenin anteriyörünün anormal gelişimiyle karakterize olan konjenital durumdur. İnmemiş testis, ereksiyon bozuklukları ve retrograd ejakülasyon ile beraber görülebildiği ve sık tekrarlanan enfeksiyonlara yol açtığı için de infertilite nedenleri arasındadır (Kızılkaya 2009).

Hiperprolaktinemi: Prolaktin hormonunun yüksek olduğu durumlardır. Hiperprolaktinemi, sekonder amenore veya oligomenore ile başvurmuş hastaların % 15-20'sinde, galaktore ve infertiliteli hastaların % 30'unda ve amenore-galaktoreli hastaların % 75'inde görülmektedir. Erkeklerde en sık rastlanan yakınma libido azalması, erektil disfonksiyon, sperm sayısı ve hareketliliğinde azalma, impotans, retrograd ejakülasyon ve nadiren de jinekomasti ve galaktoredir (TEMD Hipofiz Çalışma Grubu 2014, Kızılkaya 2009).

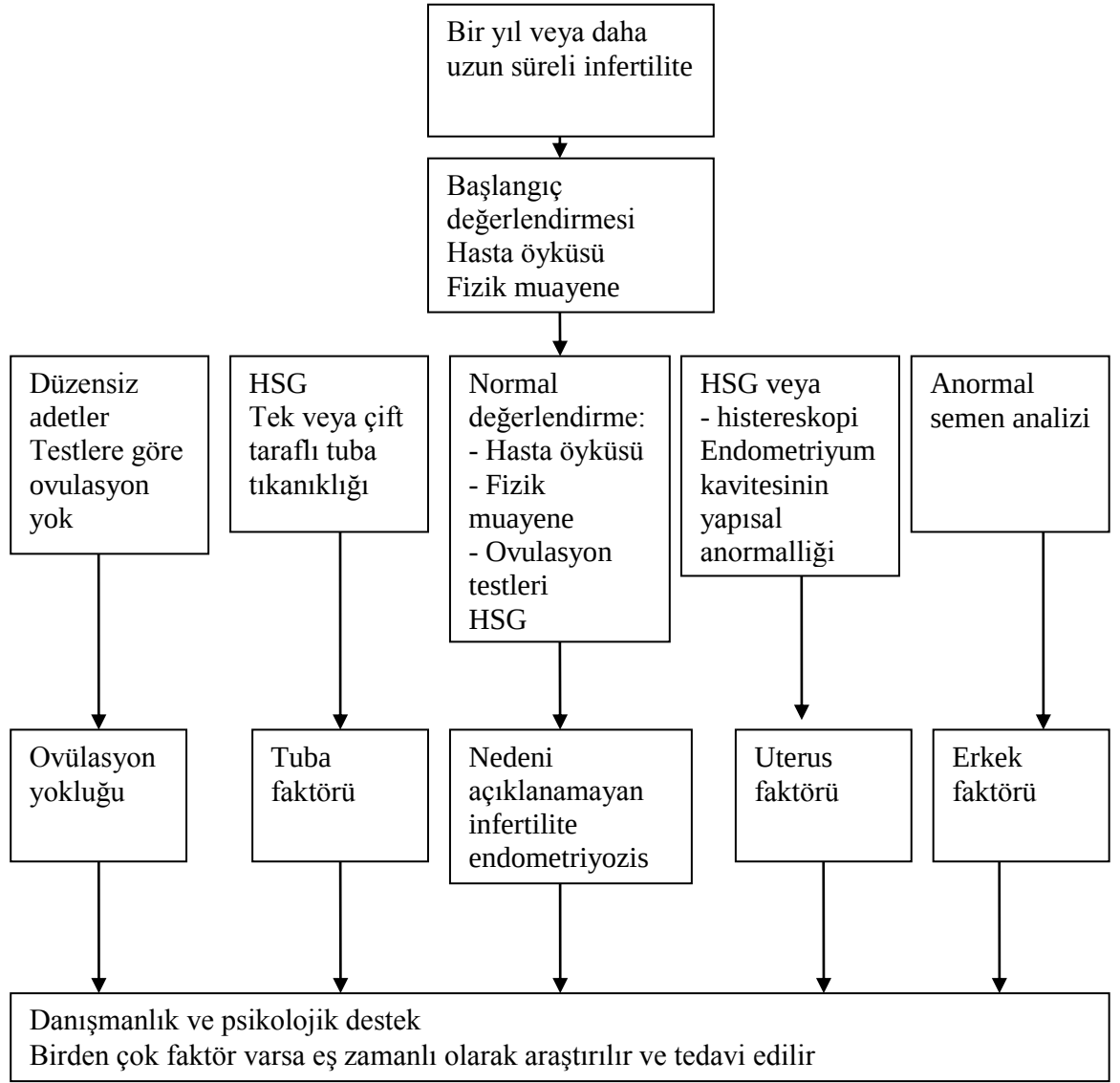
2. 2. 7. Ejekülasyon bozuklukları

Retrograd ejakülasyon: Meninin penisten dışarı çıkmayıp, mesaneye geri kaçması durumudur. Komplet ya da parsiyel olabilmektedir. Hipospermiye neden olur. Öyküsünde çocukluğunda geçirilmiş mesane boynu cerrahisi bulunan, aspermik bir infertil hastada retrograd ejakülasyon düşünülebilir (Beksaç ve ark. 2006, Kızılkaya 2009).

Prematür ejakülasyon: İnatçı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile bile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra, kişinin ve partnerinin arzu ettiği sıradan daha önce oluşan ejakülasyon olarak tanımlanabilir. Erken ejakülasyon yaşayan erkeklerin partnerlerinde ikincil bir sorun olarak cinsel ilgi ve istek azalması ya da orgazm bozukluklarının ortaya çıkması da infertiliteye zemin hazırlamaktadır (Kızılkaya 2009).

Retarde ejakülasyon: Ejekülasyonun hiç olmaması (masturbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (masturbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonucunda oluşmasıdır. Retarde ejakülasyonda orgazm doyumunu alınır fakat penisten dışarıya bir ejekülat oluşmaz. Bu tür durumlarda ejekülat mesane içine atıldığından idrar içinde seminal sıvı bulunur (Kızılkaya 2009).

Erektil disfonksiyon: Erektil disfonksiyon, tatmin edici bir cinsel birleşme için yeterli bir penis sertleşmesinin sağlanamaması veya sürdürülememesidir. Bu durum sürekli veya tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkabilir (Kızılkaya 2009).



Şekil 2: İnfertilite Tanı ve tedavi algoritması: HSG, histerosalpengografi (Jonathon 2011)

2. 3. İnfertilitede Tanı Yöntemleri

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde amaç; infertiliteye neden olan faktörleri saptamak, prognoz hakkında bilgi vermek, araştırma sırasında danışmanlık, destek ve eğitim sağlamaktır. Değerlendirmede ilk adım: anamnez ve fizik muayenedir. Sonrasında erkekte ve kadında ayrı ayrı olmak üzere laboratuvar bulgularına bakılır (Kızılkaya 2009, Kavlak 2002). Erkeklerde yapılan değerlendirme testleri şunlardır: Semen analizi (spermiyogram), sperm fonksiyon testleri, sperm canlılık testleri, immünolojik değerlendirme (antisperm antikorları-asa), radyolojik

değerlendirme, testis biyopsisi. Kadınlarda yapılan değerlendirme testleri ise ovulasyon faktörlü infertilitenin araştırılması (FSH, L.H olmak üzere, progesteron, östradiol (E2) ve TSH'nin serum konsantrasyonlarının değerlendirilmesi), ovulasyonun belirlenmesi/doğrulanması (bazal vücut ısısı, kan, idrar ya da tükürükte LH ölçümü, midluteal progesteron tayini), servikal faktör infertilitenin araştırılması (Spinn-Barkeit Testi, İpliklenme, uzama testi, Fern-Line Testi (Eğreltiotu testi), Postkoital Test (PCT)/ Sjms Huhner testi, Çapraz Testler (Kurzrok-Miller Testi), Sperm Kontak Mukus Servikal (SCMC) testi), yapısal faktörlerin araştırılması (Histerosalpingografi (HSG), Histeroskopi, Endometriyal Biyopsi (EMB), tanısal laparoskopidir. Değerlendirme sürecinde hemşirenin temel amacı eğitim, danışmanlık, takip ve bu sürece çiftlerin uyumunu sağlamaktır. Infertilite alanındaki tanı ve tedavisindeki gelişmeler; bu alanda uzmanlaşan, eğitim, danışmanlık ve vaka yönetimi alanında becerisi olan hemşirelere gereksinimi ortaya çıkarmıştır (Kayıkçı A. M. ve ark. 2002, Kızılkaya 2009).

2. 3. 1. Erkeklerde yapılan değerlendirme testleri

Semen analizi (spermiyogram): Semen volümü, sperm konsantrasyonu, motilitesi ve morfolojisi değerlendirilir. Değerlendirmenin başlangıcında iki ayrı semen analizi bir ay ara ile yapılır. Bunun dışında birkaç hafta ara ile toplanmış, iki ya da üç örneğin incelenmesi de temel spermatogenezin değerlendirilmesini sağlamaktadır. Spermatogenezin yaklaşık olarak 74 günde tamamlandığı ve spermatozoanın da iki hafta içinde testis ve epididimise geçtiği düşünüldüğünde, spermiyogram tekrarının önemi anlaşılmaktadır. Test öncesindeki uykusuzluk, alkol kullanımı, gribal enfeksiyon gibi faktörlerin teste olumsuz etkisi olabilir, bu konuda dikkatli olunmalıdır.

Sık ejakülasyon sperm konsantrasyonunu azaltır bunun için genellikle 3- 5 günlük cinsel perhiz sonrası yapılmalıdır. Ayrıca 10 günü aşan cinsel perhiz motiliteyi değiştirmektedir. Ejakülasyonlar arasında geçen sürenin değişmesi sıklıkla semen analizi sonuçlarında büyük farkların görülmesine yol açar. Bunun için iki farklı semen örneğinin karşılaştırılmasının yapılabilmesi için cinsel perhiz süresinin sabit tutulması gerekir (Jonathen 2011, Kayıkçı A. M. ve ark. 2002, Kızılkaya 2009).

Spermiyogram analizinde en uygun numune alım şekli laboratuvarında masturbasyonla olanıdır. İzole edilmiş ortamlarda alınması gereklidir. Çünkü emosyonel stres ve gerilim semen

parametrelerinden özellikle volüm, sayım ve motilite üzerinde inhibitör etki yapabilir (Kayıkçı A. M. ve ark. 2002, Kızılkaya 2009).

Bilgisayar yardımlı semen analizi (Computer Aided Semen Analysis-CASA)

CASA cihazları motil hücreleri saptayabilir ve en etkin kullanım alanı spermatozoa hareket analizidir. Kesin, otomatize, objektif sperm konsantrasyonu ve hareket karakteristikleri (hız ve kafa hareketleri) değerlendirilmesini sağlar. CASA ile sperm morfolojisi daha objektif değerlendirilebilmekte, manüel sistemlere göre daha kesin ve tekrarlanabilir sonuçlar elde edilebilmektedir (Speroff ve Fritz 2007, Şerefoglu 2011).

Sperm fonksiyon testleri

1. Post-Koital Test: Servikal mukusun kalitesi, kadın üreme yolunda koitusdan sonra hareketli spermlerin varlığı, sayısı ve servikal mukusla spermin etkileşimini değerlendirmek için uygulanmaktadır. Sonuçların daha iyi yorumlanması mukusun yeterince östrojenize olmasına bağlıdır, bunun için ovulasyon zamanından 1- 2 gün önce uygulanmalıdır.

2. Akrozom Reaksiyonu: Fertilizasyon için spermde kapasitasyon ve akrozom reaksiyonunun olması gerekir. Akrozom reaksiyonu spermin zona pellisudaya bağlanması ile oluşur. Bu testle spermin kapasitenin olup olmadığı ve akrozom reaksiyonunun yeteneği öğrenilir. İnfertil erkeklerde spontan akrozom reaksiyonu kaybında artış görülmüştür. Bu test pahalı ve zahmetli bir teknik olup rutin kullanıma uygun değildir.

3. Sperm Penetrasyon Testi: Bu testle spermin zona pellisudası çıkarılan kobay (hamster) oositinin sitoplazmasına girebilme yeteneği değerlendirilir. Ayrıca spermin kapasitasyonu, akrozom reaksiyonu ve yumurta membranına penetrasyon gücü de saptanır. Penetre olmuş oosit yüzdesi ya da her bir oositi penetre etmiş sperm sayısı hesaplanarak puanlama yapılır.

4. Hemizona Testi: Spermin kapasitasyon yeteneği, akrozom reaksiyonu ve insan yumurtasının zona pellisudasına bağlanabilme kapasitesi değerlendirilir. İnsan zona pellisudası ikiye bölünür. Her bir yarısı, hasta spermi ve fertil donör spermi ile inkübe edilir. Daha sonra iki zona parçasına bağlanmış spermler sayılır ve hastanın bağlı sperm sayısı, donörün bağlı sperm sayısına bölünerek hemizona indeksi hesaplanır (Jonathen 2011, Speroff ve Fritz 2007).

Sperm canlılık testleri

Spermin canlılığını belirlemek için taze semene eozin ya da tripan mavisi gibi boyalar uygulanır. Eğer spermier ölü ise boyanır, canlı sperm boyanmaz.

Hipo-ozmotik şişme testinde ise; spermier hiopozmotik bir solüsyon içine koyuldukları zaman, su canlı spermin içine dolar ve kuyruk membranında şişkinlik meydana gelir. Canlı olmayan spermier şişmez. Bu yöntemlerle hücre zarı bütün olan spermier saptanır ve hareketsiz spermierin canlı olup olmadığı belirlenir. Bu test sonucunda canlı ama hareketli olmayan spermier Intra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonunda (ICSI) kullanılır (Kızılkaya 2009).

İmmünolojik değerlendirme (Antisperm antikorları-ASA)

Hem kadın hem erkeklerde bulunan ASA, sperm aglütinasyon ve immobilizasyonuna neden olarak servikal mukusa penetrasyonunu bozarak fertilitiyi engelleyebilmektedir. Bu bozukluk spermin servikal mukusa ulaşmasını engelleyebilir. Antisperm antikorları en fazla immünglobülinler G(Ig G), Ig M ve Ig A izotipleriyle sınırlıdır. ASA için risk faktörleri arasında duktal obstrüksiyon, geçirilmiş genital enfeksiyon ve testiküler travma gibi nedenler vardır. İmmünglobülin ölçen tüm testlerde temel olan; ya sperm yüzeyindeki antikorların direkt ölçümü ya da inkübasyon sonrasında sperme bağlanan antikorların indirekt ölçümüdür. Dünya Sağlık Örgütü bu amaçla yapılan testlerden MAR testi (Mixed Agglutination Reaction) ve İBT'yi (İmmüno Beat Test) önermektedir (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).

Radyolojik değerlendirme

Vazografi: Vazal ya da ejakülatör kanal açıklığının değerlendirilmesinde kullanılır.

Transrektal Ultrasonografi (TRUG): TRUG prostat, seminal vezikül ve vaz deferensin ampulla kısmının anatomik olarak görüntülenmesini sağlar.

Venografi: Varikoselin tanı ve tedavisinde kullanılır.

Skrotal Ultrasonografi: Genellikle varikoselin objektif tanısı için kullanılır.

Abdominal Ultrasonografi: Vaz deferensi palpe edilemeyen hastalarda böbrekleri değerlendirmek için kullanılır (Kızılkaya 2009).

Testis biyopsisi

Tanısal testis biyopsisi, sadece normal testiküler boyutları, palpe edilebilen vas deferensi, normal serum FSH seviyeleri olan azospermik erkeklerde endikedir. Nonobstrüktif azospermili çoğu hastada testislerden elde edilebilecek ve in vitro ortamda oositin fertilizasyonunda

kullanılabilecek sınırlı sayıda spermatozoa bulunabilir. Bu sebeple obstrüktif ya da nonobstrüktif azoospermi veya oligospermik infertil erkeklerde testis biyopsisi tedavi amaçlı kullanılabilir (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009, Polat ve ark. 1997).

2. 3. 2. Kadında yapılan değerlendirme testleri

Fertilizasyon için, hipotalamus, hipofiz, overler, tuba uterina, uterus, serviks ve vagina dahil tüm üreme sisteminin fonksiyonel ve yapısal olarak iyi durumda olması gerekmektedir.

Ovulasyon faktörlü infertilitenin araştırılması

Ovulasyon ile ilgili bozuklukları dışlayabilmek için ovulasyonun olduğu doğrulanmalıdır. Siklus ortası ağrı, premenstrual semptomlar ve dismenore ile birlikte düzenli menstrüal siklusu olan kadınların çoğunda menstrual siklusun 14. gününde ovulasyon olur. Bu semptomlarla ilgili kadınlardan alınan verilerle güvenilir subjektif bir bilgi sağlanabilir. Ayrıca oositlerin tükenmesi ya da yaşlanması ve prematür overyan yetmezliğin ortadan kaldırılması amacıyla over rezervi değerlendirilmelidir.

Anormal over fonksiyonu; HPA eksenindeki düzensizlikle ya da primer over disfonksiyonu ile olabilmektedir. Bunun için bu eksenin değerlendirilmesi gerekmektedir. Anamnez ve fizik muayene sonrası endokrinolojik değerlendirme yapılarak öncelikle FSH, L.H olmak üzere, progesteron, östradiol (E2) ve TSH'ın serum konsantrasyonları değerlendirilir (Kızılkaya 2009).

Ovulasyonun belirlenmesi/doğrulanması; Bu değerlendirmede kullanılan yöntemler ovulasyonun tahmin edilmesini/ saptanmasını sağlar. Ovulasyonun tahmin edilmesi çiftin cinsel ilişki zamanlamasını da kolaylaştırır. Ovulasyonun değerlendirilmesinde kullanılan testler indirekt ve direkt testler olarak ikiye ayrılır.. Direkt testler (USG, Laparoskopi) genellikle pahalı ve invaziv teknikler olmaları nedeni ile ovulasyonun doğrulanmasında öncelikle tercih edilmezler. İndirekt testlerle (bazal vücut ısısı, kan, idrar ya da tükürükte LH ölçümü, midluteal progesteron tayini vb.) ovulasyon varlığı tahmin edilebilmektedir (Kızılkaya 2009).

1. Bazal vücut ısısı (Basal body temperature-BBT): Bazal vücut ısısı, dinlenme halindeki bazal durumlardaki vücut ısısıdır. Ovulasyonun olup olmadığını, ovulasyon zamanını gösteren basit, ucuz klasik bir ölçüm yöntemidir. Kadının vücut ısısı her gün sabah uyanınca, mümkünse aynı saatlerde ve herhangi bir aktivitede bulunmadan önce oral olarak ölçülüp kaydedilmesi ile bir grafik oluşturulur. Ölçüme bir siklusun ilk gününde başlanmalı, üç siklus

süresince devam edilmeli ve sonrasında değerlendirilmelidir. Ovulasyondan sonra oluşan korpus luteum tarafından salgılanan progesteronun hipotalamusa ısı etkisi vardır. Vücut ısısının yükselmeye başlaması, progesteron konsantrasyonu 5ng/ml' nin üstüne çıktığında oluşur. Progesteronun salgılanması menstrüel siklusün foliküler fazı sırasında, bazal vücut ısısında yaklaşık 1,7 °C yükselmeye sebep olur. Progesterondaki yükselme ovulasyondan iki gün önce ya da bir gün sonraki süreçte herhangi bir zamanda ortaya çıkabileceğinden, vücut ısısındaki artış ovulasyon zamanını kesin olarak belirtmemekte fakat ovulasyonun gerçekleştiğini doğrulamaktadır. Normal bir luteal faz en azından 10 gün vücut ısısının yükselmesiyle karakterizedir. Ovulasyon sonrası vücut ısısında 10- 11 günden daha kısa süren artış luteal faz bozukluğunu düşündürebilir. Ancak hastalık, stres, enfeksiyon, uykusuzluk gibi faktörler de vücut ısısını yükseltebileceğinden, bu durumların varlığı değerlendirilmelidir. Çiftlere BBT sonucuna göre beklenen ovulasyondan 3- 4 gün önce ve iki gün sonraki süre boyunca 36- 48 saatte bir cinsel ilişki önerilebilir (Speroff ve Fritz 2007, Jonathen 2011, Kızılkaya 2009, Aktaş 2007).

2. Midluteal dönemde serum progesteron düzeyinin değerlendirilmesi: Ovulasyon değerlendirme testleri arasında en iyisidir. Ovulasyon sonrası korpus luteumun oluşmasıyla birlikte luteinize olan granuloza hücrelerinden progesteron salgılanır. Ovulasyonu takiben 7. günde progesteron en yüksek değerine ulaşır. Progesteron pikinin saptanması ovulasyonun gerçekleştiğini gösterir. 3ng/mL altındaki progesteron düzeyi foliküler fazı, 3 ng/mL. nin üzerindeki ovulasyonu gösterir. Midluteal dönemde (18- 24. günler arası ortalama 21. gün) alınan kanda progesteron düzeyi en azından 6.5 ng/mL olmalıdır. Tek ölçümde progesteron düzeyinin ≥ 10 ng/mL ya da ovulasyondan sonraki 5 ve 9. günler arasındaki üç ölçümün toplamı ≥ 30 ng/mL olması yeterli luteal desteğin olduğunu gösterir. Luteal fazın yeterliliğini belirlemede iki ya da üç siklus arası değerlere göre karar verilmesi de önerilmektedir. Ovulasyon zamanı için serum progesteron ölçümü yapılacak ise en uygun zaman siklus uzunluğuna göre ayarlanmalıdır. Bu, yaklaşık beklenen menstrüasyondan bir hafta önce olmalıdır (Speroff ve Fritz 2007, Jonathen 2011, Kızılkaya 2009, Kılınç 2007).

3. İdrarda günlük luteinizan hormon (LH) takibi: Vücut sıvılarında (kan, idrar, tükürük) LH ölçümü ovulasyon hakkında bilgi verebilmektedir. Serumda LH takibinin maliyeti fazladır ve uygulama zorlukları vardır ancak idrarda LH takibi evde de uygulanabildiği için daha pratiktir.

LH konsantrasyon eşiği olarak 40 mIU/mL esas alındığında, idrarda LH testinin pozitif olduğu değer, ovulasyonu tetikleyen serum LH piki düzeyi ilişkilidir. Kanda LH piki oluştuktan sonra idrarda yapılacak LH düzeyi ölçümü sonucu yaklaşık 24- 36 saat içinde oluşacak ovulasyonu gösterir. Test sonuçları günlük alınan sıvı miktarına ve testin yapılış zamanına karşı duyarlıdır. Hastalara testin yapılmasından kısa süre önce fazla sıvı almaması gerektiği hakkında bilgi verilir. Yapılan testlerde, en iyi LH piki ile korelasyonun öğleden sonra geç saatlerde ya da akşamın erken saatlerinde (saat 16.00- 22.00) olduğu belirlenmiştir. Testin günde iki kez yapılması yanlış ya da negatif sonuç ihtimalini düşürmektedir. İdrar LH tayini cinsel ilişki ve intrauterin inseminasyon zamanlamasında kullanılabilir. İdrar LH düzeyi evde ovulasyon saptanması için kullanılan idrarda LH belirleme kitlerinin değerini doğrulamıştır. Sonuç olarak fertilitenin en yüksek olduğu dönem, LH artışının olduğu gün ve onu takiben iki gündür. İlk pozitif testin olduğu günden sonraki gün en uygun ilişki veya inseminasyon günü olmalıdır (Speroff ve Fritz 2007, Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).

4. Over rezervinin değerlendirilmesi: Tükenen over rezervi, kalan oositlerin sayı ve kalitesinin düşük olması nedeniyle fekdabilite olumsuz etkilenir. Buna yönelik yapılan testler hem tükenen over rezervine hem de tedavi sırasındaki kontrollü overyan hiperstimülasyona (KOH) cevap alınma durumunu belirlemede yardımcı olmaktadır. 30- 35 yaş üstü tüm infertil kadınlarda, açıklanamayan infertilitesi olan ve ovulasyon indüksiyonuna yetersiz yanıt öyküsü olan kadınlarda over rezervini değerlendirmek için; siklusun üçüncü günü FSH, östradiol ve klomifen sitrat challenge testi (CCCT) yapılması önerilmektedir (Kızılkaya 2009).

Serum inhibin B ve Anti-Müllerian Hormon (AMH) seviyeleri, antral follikül sayısı (AFC) ve over hacmi, ayrıca gonadotropin serbestleştirici hormon agonist uyarı testleri (GAST), eksojen follikül stimule edici hormon over rezerv testi (EFORT) gibi dinamik testler over rezervinin belirlenmesinde kullanılır (Durdağ ve Berker 2008).

Siklusun 3.günü FSH düzeyi; Erken foliküler fazda (siklusun 2- 4. ortalama 3. günü) FSH ve östradiol düzeyleri değerlendirilir. FSH ve östradiol düzeyleri gonadotropinlere olan yanıtı verir. FSH değerinin 10- 15 mIU/mL nin altında olması yeterli over rezervini gösterir. Bunun üzerindeki değerler anormaldir. Yüksek östradiol düzeyi de (>80 pg/mL) over rezervinin tükendiğini gösteren bir bulgudur (Kızılkaya 2009).

Klomifen sitrat challenge test (CCCT); Klomifen-sitrat (CC) hipotalamustaki östrojen reseptörleri ile etkileşerek LH ve FSH sekresyonunu artırır. Test FSH yanıtının biyolojik değerlendirilmesini sağlar. Siklusun üçüncü günü bazal FSH ve östradiol ölçümünden sonra, 5- 9. günleri arasında klomifen sitrat (her bir gün için 100 mg/gün) oral verilir ve 10. günde tekrar FSH ölçümü yapılır. 3. ve 10. günde alınan FSH değerleri toplamı >26 IU/L ise prognoz kötüdür. Aşırı FSH yanıtı spontan ya da YÜT ile gebelik oluşumu olasılığının düşük olduğunu göstermektedir (Kızılkaya 2009).

5. Ultrasonografi (USG); Ovulasyon olana kadar dominant folikülün gelişimi izlenerek ovulasyonun varlığı kanıtlanabilir. Abdominal ve transvaginal yolla pelvik yapılar değerlendirilir (fibroid tm, overyan kistler vb.). Ovulasyon açısından da antral folikül sayısı, folikül gelişimi, maturitesi, endometriyal kalınlık görüntülenir (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).

Ovulasyonun olduğunu gösteren üç ultrasonografik bulgu vardır:

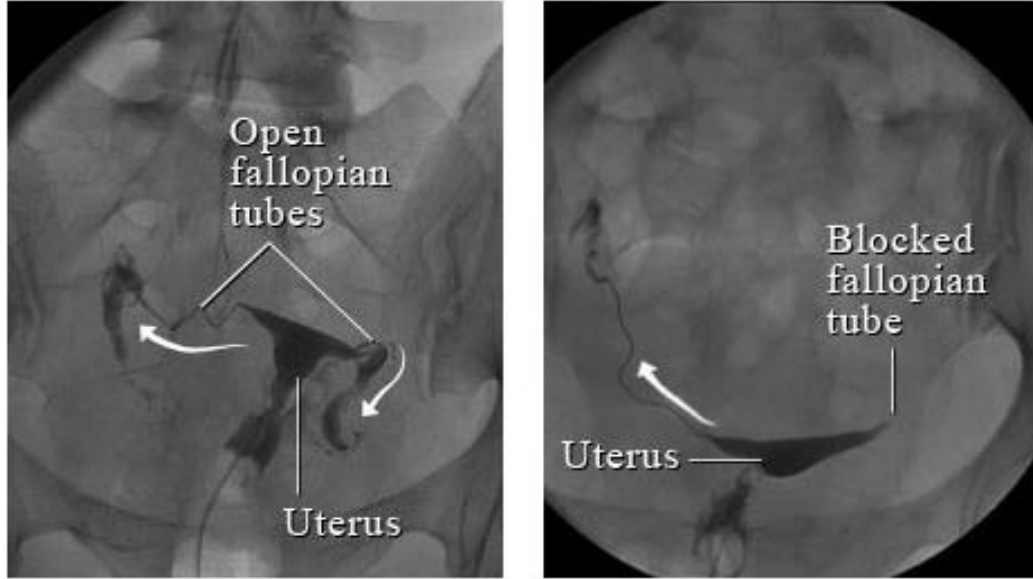
1. Folikül kollapsı-folikülün dairesel yapısının kaybolması
2. Douglas boşluğunda serbest sıvı (ovulasyon sıvısı) olması
3. Folikül ekojenitesinin artması

Korpus luteum ultrasonografik olarak düzensiz şekilli, kalın duyarlı, internal ekoları olan yıldızimsı bir görünümündedir. Ultrasonografik incelemelerle yetersiz folikül gelişimi, prematür over yetmezliği, rezistan over sendromu, hipoplazik overler, endometriyoma ve polikistik over sendromu gibi durumlar incelenebilir (Kızılkaya 2009).

Yapısal faktörlerin araştırılması

1. Histerosalpingografi (HSG): HSG tubaların açık olduğunu saptamak için kullanılır. Tuba tıkanıklılığını saptamada %85- 100 duyarlılığa sahiptir. Servikal kanaldan uterusu radyoopak boyalı solüsyonun (3- 6 ml) yavaş olarak enjekte edilmesi şeklinde uygulanır. Enjekte edilen madde uterus kavitesinden tubalara ve periton boşluğuna geçer. İşlem esnasında fluoroskopi altında çekilen düz grafiler (x-ray) tubaların açık/ kapalı olup olmadığını, uterin ya da tubal bir yapısal anomalinin var olup olmadığını gösterir (Şekil 3). HSG sırasında kramp oluşumunu önlemek amacıyla nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar verilebilir. Endometriyal poliplerin saptanmasında da faydalı olabilir.. Erken foliküler fazda, menstrual kanamanın bitiminden 2- 5 gün sonra uygulanır. Zamanlamanın bu şekilde ayarlanması, olası bir gebeliğin bozulma riskini azaltmaktadır. Ayrıca endometriumun menstrual kalıntılarla tam olarak dışarı

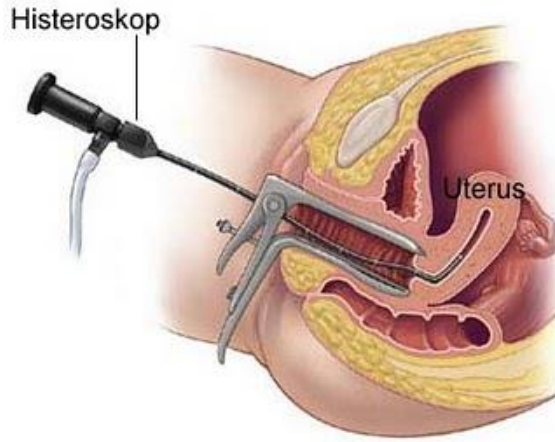
atılmış olmaktadır. Böylece menstrual kalıntıların işlem esnasında verilen sıvı yardımı ile tüplere, oradan da peritoneal kaviteye geçerek oluşturabileceği emboli riski azaltılmaktadır. (Speroff ve Fritz 2007, Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).



Şekil 3: Histerosaipingografi (HSG)

HSG ile proksimal ve distal tubal tıkanıklıkları, salpenjitler, endometriyal polip, fibroidler, myomlar, septa varlığı, uterusun yapısal patolojileri ve uterin yapışıklıklar (Asherman sendromu) belirlenir. Hem tanı hem tedavi yöntemi olarak kullanılır. Kadında PID öyküsü varsa serum sedimantasyon takibi yapılır. Yüksek sedimantasyon hızı varsa antibiyotik tedavisi uygulanır ve HSG den önce tekrar profilaksi uygulanır (Kızılkaya 2009).

2. Histeroskopi: Genellikle ileri evre bir tetkik yöntemidir. Uterin kavitenin histeroskop ile endoskopik olarak incelenmesidir. Fertiliteye olumsuz etkisi olan intrauterin patolojinlerin tanı ve tedavisinde kesin sonuç verir. Histeroskopide uterin kavite CO₂ ya da yüksek moleküler ağırlıklı dextran ile doldurularak inceleme yapılır (Şekil 4). Bu yöntem HSG ve histerosonografiyi tamamlar ve özellikle cerrahi girişim planlandığında kullanılır. Endometriyal biyopsi, laparoskopi ve boyar madde insuflasyonu (Rubin test) sırasında yapılmaktadır (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009).



Şekil 4: Histeroskopi

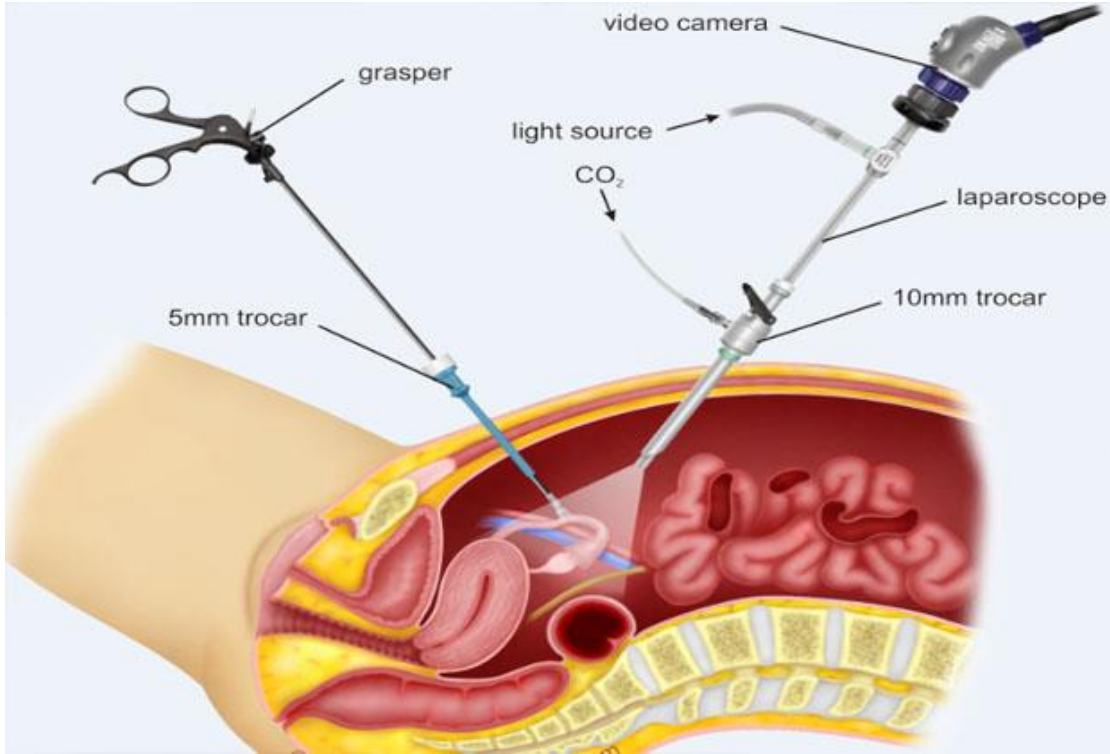
Histerosonografi; uterin kavitenin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. İntrauterin bir kateter ile uterin kaviteye sıvı (genellikle serum fizyolojik) verilerek transvaginal USG ile kavite değerlendirilmektedir.

Rubin Testi (boyar madde insuflasyonu): Karbondioksit gazının basınç altında özel bir kanülle servikal kanaldan verilmesi işlemidir. Basıncın 180 mm/Hg'nin altında olması ve geçen gazın sesinin stetoskop ile duyulması fallop tüplerinin açık olduğunu gösterir. Fallop tüpleri açık ise karbondioksit, hasta dik oturduğunda abdominal kaviteden yükselerek subdiyaframatik alanı irrite eder ve hastada geçici bir omuz ağrısına neden olur. Bu da fallop tüplerinin açık olduğunu gösteren subjektif bir bulgudur (Kızılkaya 2009).

3. Endometriyal biyopsi (EMB): Endometriyal biyopsi endometriyumun prote- gesterona yanıtını değerlendirir. Luteal faz yetersizliği veya bozukluğunun belirlenmesinde temel araştırma yöntemidir. Test genellikle 28 günlük siklusun 24 ve 26. günleri arasında veya beklenen adetten 2- 3 gün önce yapılmaktadır. Küçük bir kanülle uterus içinden alınan biyopsi sonucu sekretuvar endometriyal yapının görülmesi, ovulasyonun histolojik olarak kanıtıdır. Histolojik olarak siklusun kaçınıcı gününde olduğunun hesaplanmasına olanak tanır. Ayrıca biyopsi endometriumun hormonlara verdiği yanıtı yansıttığından luteal fazın yeterli olup olmadığını da gösterebilir. Endometriyal biyopsi, endometrit açısından değerlendirmeyi de sağlar. Biyopsi işleminin riski düşük olmakla birlikte; enfeksiyon, kanama, mevcut gebeliğin bozulması ve uterus perforasyonu gibi riskleri de bulunmaktadır (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009).

4. Tanısal laparoskopi: Laparoskopi menstrual siklusun ilk yarısında foliküler fazda yapılmalıdır. İşlemden 8 saat önce kadına oral bir şey verilmez. Genellikle genel anestezi altında ve kadın litotomi pozisyonunda iken ön abdominal duvarda açılan kesiden, küçük bir endoskop ile batına girilir. Batın içi organlarla abdominal duvarı eleve etmek için periton içine bir iğne aracılığı ile CO₂ verilir. Laparoskopide uterus, fallop tüpleri ve overlerin değerlendirilebilir.

Ayrıca laparoskopi ile endometriyozis ve pelvik adhezyonlar gibi peritoneal ve tubal faktörler saptanabilir. Laparoskopi esnasında transservikal olarak enjekte edilen metilen mavisi (kromopertubasyon) ile tüplerin açık olup olmadığı da belirlenebilir. HSG sonucu anomali şüphesi olmadığı sürece laparoskopi hastanın değerlendirilmesinde en son uygulanması gereken invaziv bir tekniktir. Bu nedenle laparoskopi infertilite değerlendirmesinin son basamağını oluşturur. Ancak ileri yaş olgularında, pelvik adezyon ya da endometriyozis şüphesi olanlarda erken dönemde laparoskopi düşünülebilmektedir (Jonathen 2011, Kızılkaya 2009).



Şekil 5: Laparoskopi

Distal tubal patolojilerin laparoskopik tedavisi:

Adezyonların ayrılması: %50 Gebelik oranı

Distal tubal tıkanıklık:

Hafif %80 Gebelik oranı

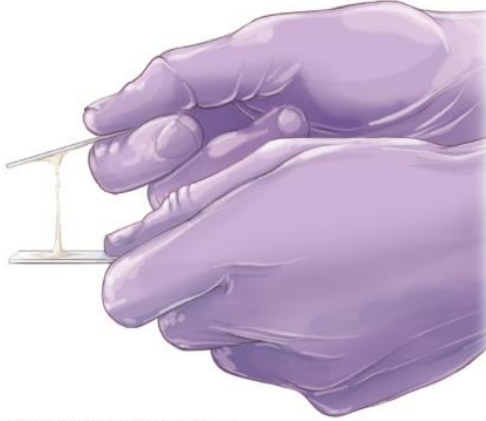
Orta %30 Gebelik oranı

Ciddi %15 Gebelik oranı

(Speroff ve Fritz 2007)

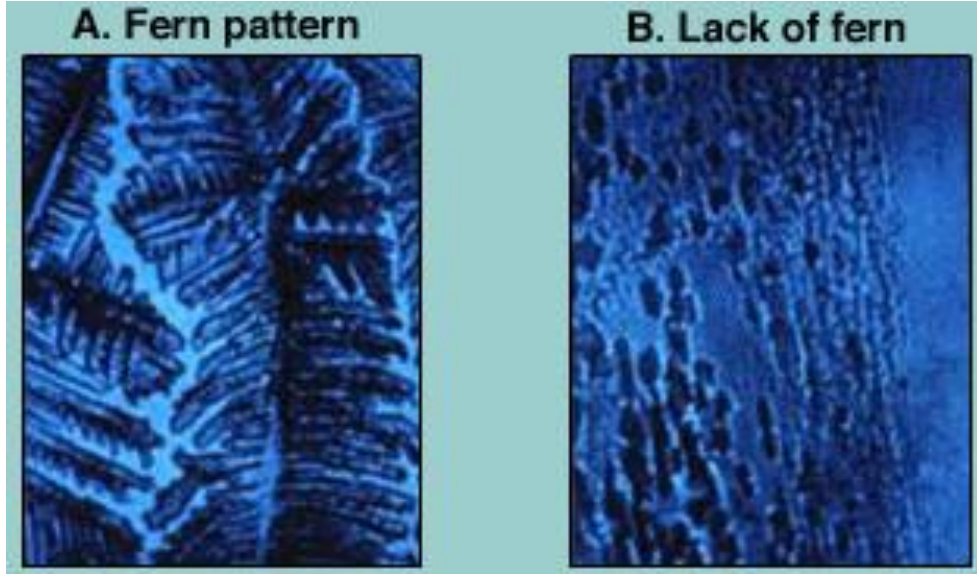
Klinikte kullanımı yaygın olmayan servikal faktör infertilitenin araştırılması ile ilgili testler

1. Spinn-Barkeit testi (İpliklenme, uzama testi); Ovulasyona yakın zamanda östrojen etkisi ile mukusun yapışkanlık, ipliklenme ve uzama özelliği artar. Servikal mukus iki lam arasına alınarak, ovulasyona yaklaşırken ve ovulasyondan 2- 3 gün sonra değerlendirilir. Ovulasyon yaklaşırken servikal mukus en az 6- 8 cm, ovulasyondan hemen sonra 15- 20 cm kadar uzar (Şekil 6) (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009, Aktaş 2007).



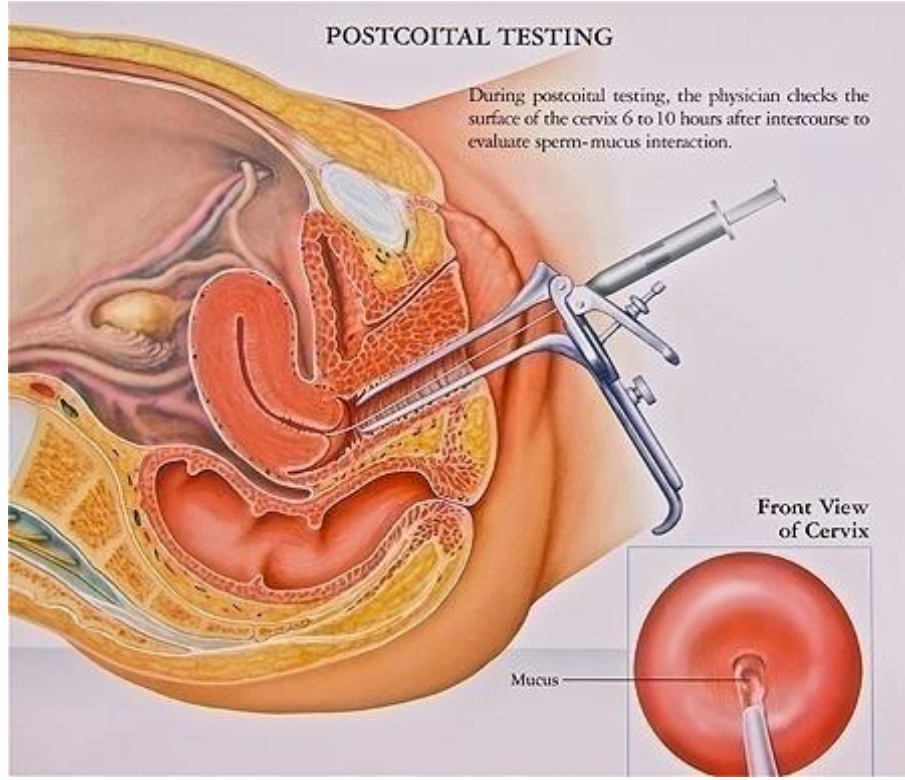
Şekil 6: Spinn-Barkeit Testi (ovulasyon yaklaşırken)

2. Fern-Line testi (Eğreltiotu testi); Ovulasyona yakın zamanda östrojenin etkisi ile mukusun protein, tuz ve glikoz içeriği artar. Lam üzerine alınan mukus kurutulduğunda eğreltiotu görünümünde tuz kristalleri görülür. Ovulasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteronun etkisi ile bu görüntü kaybolur (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009, Aktaş 2007).



Şekil 7: Fern-Line Testi

3.Postkoital test (PCT)/ Sjms Huhner testi; Kadında servikal faktörü, erkekte sperm kalitesini gösteren bir testtir. Test 36- 48 saatlik cinsel perhiz sonrası, menstrual siklusun 12- 14. günlerinde (östrojen sekresyonu en üst olduğu ve beklenen LH piki sırasında) yapılır. Cinsel ilişki sonrası 2- 8 saat içinde servikal mukus mikroskop altında incelenmelidir (eşlere belirtilen günde cinsel ilişkide bulunması, sonra kliniğe gelmesi söylenir). Her yüksek büyütme alanında 5- 10 progresif hareketli spermatozoanın ve spinn-barkeit testinin 8 cm olduğu aselüler mukusun bulunması genellikle servikal faktörü dışlamaktadır. Servikal mukus örneği ayrıca pH'ı, hacmi, berraklığı, viskozitesi, mukusun hücre içeriği, lokosit ve fern (eğreltiotu) testi açısından da değerlendirilebilir. Spermilerin kümelenmesi ve ileri hareket etmeden sadece flagella hareketi yapması sıklıkla antisperm antikorlarının varlığını düşündürür. Bu durumda çapraz testler yapılır. Testi yapmak için, 48 saatlik cinsel perhiz sonrası test sabahı veya bir önceki gece ilişkiye girilmesi önerilir. Bu test uzun süredir kullanılmasına rağmen, yorumlanması subjektiftir (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009, Aktaş 2007).



Şekil 8: Postkoital test

4. Çapraz testler (Kurzrok-Miller Testi); Normal fertil bir kadından tahmini ovulasyon gününde alınan servikal mukus örneği, tetkik edilen erkeğin semeni ile bir lam üzerinde karşılaştırılır. Normal invazon varsa tetkik edilen erkeğin spermlerinin normal olduğu, antikor içermediği ve gizli bir astenozoosperminin bulunmadığı anlaşılır. Spermilerin mukus içine invazyonu olmazsa veya olanlarda hareket kaybı görülürse, patolojinin erkeğin sperminde olduğu anlaşılır (Kızılkaya 2009).

İkinci olarak fertil bir erkeğin semeni ile tetkik edilen kadının tahmini ovulasyon gününde alınan servikal mukus örneği bir lam üzerinde karşılaştırılır. Spermilerin mukus içine invazyonu olursa, mukusta bir patolojinin olmadığı ortaya çıkar. İnvazyon meydana gelmediği takdirde mevcut patolojinin mukusta olduğu anlaşılır (Kızılkaya 2009).

5. Sperm kontak mukus servikal (SCMC testi); Normal spermiyogram ve normal mukus tespit edildiğinde ve post-koital test negatif sonuç verdiğinde uygulanabilir. Tahmini ovulasyon gününde tetkik edilen eşlerden alınan bir damla semen ve bir damla mukus bir lam üzerinde karşılaştırılır. Servikal mukusta veya semende antisperm antikorlar mevcut olduğunda mobil

spermelerde karakteristik hareketler ortaya çıkmaktadır. Spermelerde gittikçe artan bir hızla titreme (flagella hareketi) görülmektedir. Bazen de spermeler mukusa temas eder etmez kıvrılarak bükülürler (Kızılkaya 2009).

2. 4. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)

2. 4. 1. Yardımcı üreme tekniklerinde tedavi aşamaları

Yardımcı üreme tekniklerindeki tedavi aşamalarından biri olan Kontrollü Overıyan Hiperstimülasyon (KOH) konsepti IVF pratiğinden doğmuştur. Uterusa birden fazla embriyo verilerek gebelik hızının arttığının anlaşılmasıyla iyi kalitede yumurtaların seçilebilmesine imkan verecek ve mümkün olduğunca çok folikülün elde edilebileceği KOH rejimleri yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Akın H.). Bir diğer aşama ise ovulasyon indüksiyon protokolleri uygulamalarıdır. Kısa protokolde GnRH uygulamasına siklusun 1.günü başlanıp, hCG gününe kadar devam edilirken 3. günden başlayarak tedaviye FSH/hMG eklenir. Çok kısa protokolde siklusun ilk günü GnRH'a başlanır ve 3 gün verildikten sonra kesilir. Tedavi FSH/hMG ile sürdürülür. Amaç uyarıcı etkiden (flare-up) yararlanmaktır. Uzun protokol tüm dünyada en çok tercih edilen protokoldür. GnRH uygulamasına bir önceki siklusun 21. günü başlanır. Adetin 3. gününde hipofizer overıyan supresyonun oluşturulup oluşturulmadığı kontrol edilir. Eğer serum östradiol düzeyi 50 pg/ml'den düşük ise yeterli olduğu düşünülür ve FSH/hMG tedaviye eklenerek GnRH uygulamasına hCG gününe kadar devam edilir. Uzun protokolün bir başka uygulaması ise siklusun 1. günü analog tedavisine başlanması ve serum estrodiol düzeyi 50 pg/ml altına indiğinde FSH/hMG eklenmesidir (Kızılkaya 2009).

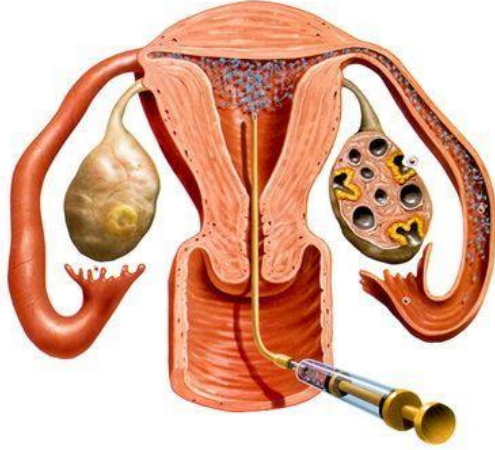
2. 4. 2. Yardımcı üreme tekniklerinde kullanılan yöntemler

İntra-Uterin inseminasyon (IUI)

Ciddi hipospadias, retrograd ejakülasyon, nörolojik impotans ve seksüel disfonksiyonu olan erkeklerde uygulanan bir tedavi yöntemidir. İnfertilite olgularının tedavisinde birinci basamak olarak kullanılan bir yöntemdir. Ovulasyon zamanında laboratuvarında özel aşamalardan geçirilip hazırlanan spermeler katater aracılığıyla uterus içine enjekte edilir. Ayrıca servikal, intraperitoneal ve intratubal inseminasyon yöntemleri de kullanılmakta olup, en yaygını intrauterin inseminasyondur.

İntrauterin inseminasyonda aşamalar:

- Overyan stimülasyon
- Siklusun monitorizasyonu
- İnseminasyon zamanlaması
- Sperm hazırlanması
- Hazırlanan sperm ile inseminasyon yapılmasıdır (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009).



Şekil 9: İntrauterin İnseminasyon

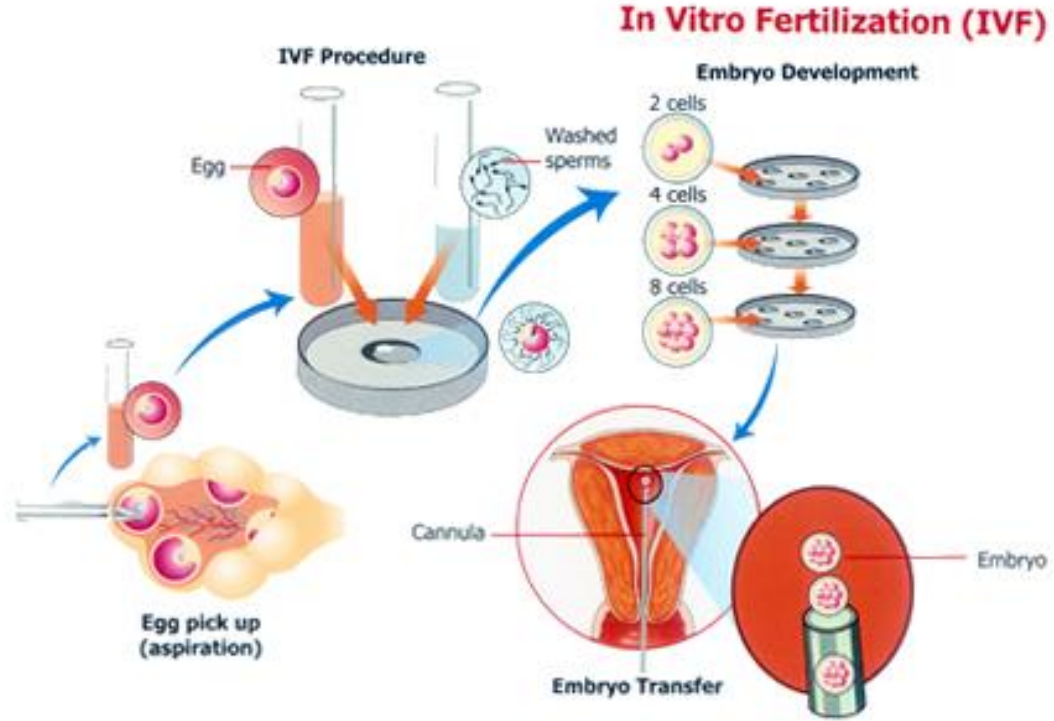
İn-Vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET)

IVF, günümüzde üremeye yardımcı teknikleri arasında en sık kullanılan tekniktir. Temel prensibi, oosit ve spermm laboratuvar ortamında bir tüp içinde bir araya getirilerek fertilizasyonun kendiliğinden olmasının beklenmesidir. Fertilizasyon sonrası embriyoların uterusa yerleştirilmesi işlemine ise Embriyo Transferi (ET) denir.

IVF'in Aşamaları:

- Foliküllerin gelişmesi için overlerin stimülasyonu
- Foliküllerin büyümesinin izlenmesi (vaginal ultrasonla) oosit olgunluğuna karar vermesi ve HCG enjeksiyonunun uygulanması

- Oositlerin aspirasyonu
- Sperm elde edilmesi
- Embriyo transferi (Kızılkaya 2009).



Şekil 10: İn vitro Fertilizasyon (IVF)

İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

IVF uygulamasında şiddetli erkek faktörü varlığında veya nedeni açıklanamamış infertilite olgularında ICSI-mikroenjeksiyonu ile fertilizasyon sağlanır. ICSI sonrasındaki fertilizasyon oranları %50- 75' dir.



Şekil 11: İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu

Başlıca ICSI endikasyonları; şiddetli oligo- astheno- teratozoospermi, geçirilmiş başarısız IVF öyküsü, antisperm antikorlar, ejakülatuar disfonksiyonlar, bilateral vas deferensin konjenital yokluğu, bilateral ejakülatuar duktus obstrüksiyonu, başarısız vazovsozktomi ve vazoepididimostomi, young sendromu, azospermidir. İntra sitoplazmik sperm enjeksiyonu, oosit zona pellusidasında bir delik açılarak tek bir spermin oosit sitoplazması içine verilmesi işlemidir. Kullanılan spermeler ejakülattan veya testis dokusundan aspirasyonla veya ekstraksiyon yöntemiyle elde edilir.

Mikroenjeksiyon yapılan gametler bir gün sonra değerlendirilerek iki pronükleus izlenir. Olgun oositlerin %65-80'i bu yolla fertilize olur. ICSI sonrası embriyolar (18. saat), nükleer evreden blastokist aşamasına (5.gün) kadar herhangi bir zamanda (8- 10 hücreli morula hücresi) uterusu yerleştirilir (Oosit toplanmasından 72- 80 saat sonra). ICSI'de klinik gebelik oranı %30 civarındadır (American Society for Reproductive Medicine 2012, Bektaş ve ark. 2006).

Cerrahi yolla sperm elde etme yöntemleri

Obstrüktif ve non-obstrüktif azoospermisi olan erkeklerde testiküler sperm elde edilmesinde cerrahi tekniklerin kullanılması önerilmektedir.

Sperm Elde Etme Yöntemleri Şunlardır:

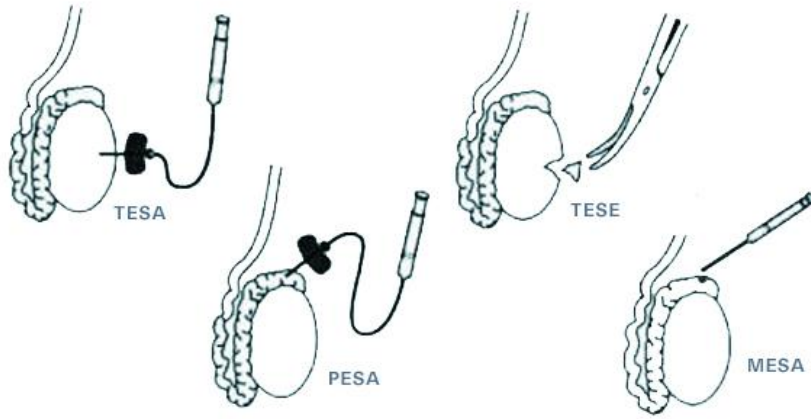
a) PESA-Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu: Skrotuma çok ince bir iğne ile girilerek doğrudan epididimislerden sperm aspirasyonu işlemidir. Lokal anestezi altında uygulanan basit bir işlemdir.

b) MESA-Mikro Epididimal Sperm Aspirasyonu: Mikrocerrahi teknikler kullanılarak, genel anestezi altında epididimislerden doğrudan sperm çıkarılma işlemidir. PESA işlemi başarısız veya olanaksız olduğu durumlarda uygulanır.

c) TESE-Testiküler Sperm Ekstraksiyonu: Epididimlerde sperm yoksa testis dokusundan doğrudan biyopsi ile sperm çıkarılması işlemidir (Kızılkaya 2009).

TESA-Testiküler sperm aspirasyonu

Testislere bir iğne ile girilerek sperm alınmasıdır. Bu yöntemlerde alınan spermlerin bir kısmı gelecek sikluslarda kullanılmak üzere dondurulabilir.



Şekil 12: Sperm Elde Etme Metodları

Yardımla yuvalanma (Assisted Hatching)

Blastokistin zona pellusidadan dışarı çıkması (hatching) implantasyonu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Hücre sayısı az veya bölünme hızı yavaş olan embriyoların zona pellusidadan sıyrılmakta güçlük çektiğinin gözlenmesinden sonra, assisted hatching ve parsiyel zona diseksiyonu (PZD) fikri ortaya çıkmıştır. IVF'in üçüncü gününde mekanik, kimyasal ya da laser teknikleriyle zonanın inceltilmesi veya bir delik açılması pek çok merkezde uygulanmaktadır (Kızılkaya 2009).

Diğer yardımcı üreme teknikleri

GİFT (Gamet intrafallopian transfer)

Açıklanamayan infertilite olgularının bir kısmında gamet transportuyla ilgili sorunlar olabileceği düşünülerek IVF'e ek olarak başka yöntemler denenmiştir. GİFT için kadının en az bir tüpünün açık olması gerekir. İşlemden önce uyarım ve oosit toplama aşamaları IVF siklusunda olduğu gibidir. Ovulasyon indüksiyonu sonrası laparoskopi ile alınan oositler, hazırlanmış spermle birlikte (100.000 sperm) transfer kateteri aracılığıyla fallop tüplerinin ampüller-istmik bölgesine, fimbriyadan 4 cm içeriye olacak şekilde enjekte edilir. Her iki tüpe veya bir tüpe transfer yapılabilir. Oosit elde edilmesinde (aspirasyonu) vaginal yol kullanılmaktadır. GİFT ve IVF gebelik başarıları benzerdir (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009).

ZİFT (Zigot intrafallopian transfer)

IVF'ten bir gün sonra pronükleer evrede (zigot evresindeki) embriyoların laparoskopik olarak fallop tüplerine transfer edilmesi işlemidir. GİFT' den farkı budur (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009).

TET (Tubal embriyo transferi)

Kültür ortamında 24 saatten fazla bir süre bekletilen ya da dondurulmuş embriyolar laparoskopi altında tüplerin içine transfer edilir. Tubaların açık olması ve işlem sonrası luteal fazın desteklenmesi gerekmektedir (Kızılkaya 2009).

Oosit bağışı (Donör oosit)

İleri yaşlarda ve overyan yetmezliği olan olgularda donör oosit kullanımı tek tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Ağır stimülasyon protokollerine bile yanıt vermeyen, bilateral ooferektomi geçirmiş, pelvik radyoterapi almış, gonadal disenezisli kadınlarda donör oosit kullanılabilir. Genellikle gönüllü, akraba ya da rastgele seçilmiş donörlerden oosit alınır. İşlem öncesi, endometriyum östrojen ve progesteron ile hazırlanır. Sonrasında bir başka kadının bağışladığı oositlerden elde edilen embriyolar transfer edilir. Ancak oosit, sperm ve embriyo bağışı ülkemizde yasal değildir (Kızılkaya 2009).

Kriyoprezervasyon

IVF başarısını arttırmak için çok sayıda oosit ve embriyo oluşumu sağlanmaktadır. Transfer sonrası artan bu embriyolar dondurulup uygun bir zamanda kullanılmak üzere saklanabilirler. Embriyolar genelde pronükleer aşamasında dondurulur. Embriyoların buz kristallerinden zarar

görmemesi için kriyoprotektan adı verilen kimyasal ajanlar kullanılır. Dondurulan embriyolar daha sonra sıvı nitrojen içinde bekletilirler. Soğutma işlemi -30 ile -110 °C de yapılır. Bekletme süresi 10- 15 yıla kadar uzatılabilir. Ancak ülkemizde eşlerin yazılı onayı ile en fazla 3 yıla kadar izin verilmektedir. Bu süre sonunda kullanılmayan embriyolar eşlerin yazılı onayı ile imha edilmektedir.

Dondurulmuş-çözölmüş embriyo transferi yaparken de endometriyum, donör oosit transferlerinde olduğu gibi hazırlanır. Embriyo transferden 24 saat önce çözölür ve transfer işlemi yapılır. Klinik gebelik oranları, taze embriyo kullanımına göre daha düşüktür. Bu işlem genelde kemoterapi ya da radyoterapi alan kadınlarda üreme çağında fertilitiyi korumak için yapılır (Speroff ve Fritz 2007, Kızılkaya 2009, Çiçek ve Mungan 2007).

Preimplantasyon genetik tanı

Preimplantasyon genetik tanı (PGD), polar cisimcik ya da blastomer biyopsisi ile tek bir hücrede yapılan analiz ile genetik hastalık olup olmadığının tespiti. Elde edilen hücrenin DNA'sı çoğaltılır ve 13, 18, 21'inci kromozomlar ile X ve Y kromozomları için florasan probalar kullanılarak incelenir. Test sekiz saat gibi kısa bir sürede sonuç verir. Preimplantasyon genetik tanı yapılması çok sayıda tek gen hastalıklarının tanısında, cinsiyet belirlenmesinde, tekrarlayan düşüklerde ve tüp bebek uygulamalarında başarının artırılmasında kullanılmaktadır (Kızılkaya 2009).

Gamet donasyonu ve taşıyıcı annelik

YÜT' deki gelişmeler gamet donasyonu (oosit/sperm) ve taşıyıcı annelik gibi yeni kavramları karşımıza çıkarmıştır. Çeşitli nedenlerle kendi genetik çocuğuna sahip olamayan çiftlerde, başka bir bireyin sperm ya da oositi kullanılarak gamet donasyonu ile gebelik oluşturulur. Ülkemizdeki yönetmelikler gamet donasyonu ve taşıyıcı annelik uygulamalarına olanak tanımamaktadır (Kızılkaya 2009).

2. 4. 3. Yardımcı üreme tekniklerinin komplikasyonları

Ovulasyon indüksiyonuna bağlı komplikasyonlar: Overlerde fazla miktarda foliköl geliştirilmesine bağlı olarak ovulasyon uyarılmasından sonra iki büyük komplikasyon gelişebilir. Bunlar hiperstimölasyon sendromu ve genital kanser (over, endometriyum, meme) gelişme riskidir (Kızılkaya 2009).

Oluşturulan gebelik ile ilgili komplikasyonlar:

Çoğul gebelik, birden çok sayıda embriyo transferi yapılması nedeniyle IVF/ICSI-ET gebeliklerinde çoğul gebelik ve bunun sonucu olarak preterm doğum riski, ektopik gebelik, abortus, sezaryen oranlarının artmasıdır (Kızılkaya 2009).

Cerrahi manipülasyonlara bağlı komplikasyonlar: Oosit toplanması sırasında aspirasyon iğnesinin pelvik vasküler yapılara zarar vermesi nedeniyle oluşan intraabdominal kanama, invaziv işlemler nedeniyle enfeksiyonlar, laparoskopi uygulamalarında genel anesteziye bağlı komplikasyonlardır (Kızılkaya 2009).

2. 4. 4. Yardımcı üreme tekniklerinde etik sorunlar

Yardımcı üreme teknikleri uygulanırken bireysel özerklik, insan yaşamı ve onuruna saygı, zarar vermeme ve yararlı olma, eşitlik ve adalet, üremenin ticarileştirilmesi, kaynakların uygun kullanımı gibi etik açıdan bazı temel nokta ve ilkelerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. YÜT nin yarattığı tartışmalı konular arasında yaşamın suni olarak başlatılması, insan preembryosunun ahlaki ve etik açıdan durumu, ailenin rolü, konumu ve genetik bağlantı sorunu, gerektiğinden fazla sayıda embriyo elde edilmesi ya da sağlıklı olanların terme kadar ulaştırılması, dünya nüfusunun aşırı artmasına katkıda bulunması, sadece çok sağlıklı olan embriyoların kullanılması, kullanılmayan embriyoların atılması, sperm, ovum, gamet vericileri ve taşıyıcı annelere yapılan ödemeler, cinsiyet belirleme olasılığı ve cinsiyete göre embriyo seçimi, klonlama gibi konular vardır.

IVF merkezlerinin gelişmesi, spermilerin dondurularak saklanması ve sperm bankaları uygulamaları, verici spermeleri ile döllenme yönteminin yaygınlaşmasını sağlamıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı donörlerin dikkatli bir taraması yapılmalıdır. Donörün adını gizleme ise sürdürülmektedir. Fakat doğumdan sonunda bebekte herediter bir anormallik olduğu saptanırsa, donörün kimliği ortaya çıkarılmalıdır. oosit vericiliği sırasında ovaryumların kaybedilmesi, ovaryum torsiyonu gibi komplikasyonlar gelişmesi bakımından tıbbi, etik ve hukuksal sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Taşıyıcı annelik etik yönden tartışmalı ve hukuki yönden çözüme ulaşamayan bir sorundur. Kadına mesleki açıdan engel oluşturacağı ya da estetik amaçlarla gebelik istemeyip taşıyıcı anne arama yoluna gitmesi etik açıdan tartışmalı bir konudur. Aynı zamanda taşıyıcı

anneliğin ticari bir pazar durumuna gelme olasılığı konunun riskini de artırmaktadır (Yanikkerem ve ark. 2008).

2. 5. İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı

İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir durumdur. Çiftlerin ilişkisini yıpratıp, evlilikte boşanmalara bile yol açabilir. Kadınlar genelde infertil olmaktan utanç duyarlar. Çocuk sahibi olamama psikolojik rahatsızlıkları da beraberinde getirebilir. Birçok infertil çiftin başvurduğu yardımcı üreme teknikleri ile doğan birçok çocuk normaldir fakat olumsuz gebelik sonuçları riskinde de artış bulunmaktadır. YÜT ile doğan bebeklerin %30'undan fazlası ikiz ya da çoklu gebelik(üçüz veya daha fazla) ve yarıdan fazlasında çoklu gebelik sonucu pramatürite komplikasyonları bulunmaktadır (Yanikkerem ve ark. 2008).

2. 5. 1. İnfertil çiftlerde sosyokültürel sorunlar

İnfertilite, hem bireyi, hem de toplumu etkileyen sosyal bir durumdur. Cinsellikte yaşanan başarısızlık, yetersizlik duyguları, yaşamın birçok alanına yayılan sorunları da beraberinde getirir. Bu konudaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır. Subfertil çiftler kendilerini baskı altında hissederler ve problemlerinin çok kişisel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı hissederler. Tüm subfertil çiftler arasında yaklaşık olarak %20- 25'inin açıklanamayan subfertilite olması bu durumu daha da zorlaştırmaktadır. Bir açıklamanın olmaması hem çift hem sağlık çalışanları için çok zor bir durumdur. Çok fazla bebek isteği olan çift yetersizlik hisleri ve suçluluk duygusu ile yıpranırken, aynı zamanda aile, arkadaş ve yakın çevresi tarafından baskıya maruz kalır. Sık sık övrebelerindeki insanlardan ‘‘Ne zaman çocuk yapmayı düşünüyorsunuz?’’ sorusuyla karşılaşılır ve bu tür sorular duygusal travmalara yol açar. Problemlerin uzamasıyla eşler arasında birbirini suçlama başlar ve evlilik ilişkisi olumsuz etkilenir.

Birçok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de kadın ve anne sözcükleri eş anlamlı kullanılmaktadır. Böyle bir kültürel yapı içinde yaşayan kadında çocuksuzluk oldukça statü düşürücü bir durumdur ve dışlanma, damgalanma kaygılarına neden olur. Ülkemizde özellikle kırsal kesimde çocuğu olmayan çiftler toplum tarafından dışlanmakta, daha çok suç kadının omuzlarına yüklenmekte, kadın eşinin çocuk sahibi olabilmesi için kumayı kabullenmek zorunda kalabilmektedir. İnsanlar infertilite karşısında medikal çözümler aramakta, bunlar işe yaramazsa

evlat edinme ya da boşanma yoluna gidebilmektedirler (Yanikkerem ve ark. 2008, Beksaç ve ark. 2006).

2. 5. 2. İnfertil çiftlerde psikososyal sorunlar

Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle fakat bazı benzer yönler de bulunmaktadır. Çiftler için çocuk sahibi olamamayla ilgili olarak yaşanan ortak duygular, engellenme duygusu ve toplum içinde anne baba rollerinin eksikliğidir. Çocuksuzluğun kadın için anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı(bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme/dışlanma, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyük- anne), damgalanma ve benlik değerinde düşmedir. Erkek için ise anlamı, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, dede) ve sosyal güvence azlığıdır (Yanikkerem ve ark. 2008).

Uzun süre çocuğu olmayan çiftler için çocuk sahibi olmak mutlu bir son olarak görülür fakat bazen tahmin edilmeyen zorluklara da yol açabilir. İkiz, üçüz ya da daha fazla çocuğu olan çiftlerde fiziksel, psikolojik, finansal zorlukların yaşandığı belirlenmiştir. Bu ailelerde anksiyete depresyon, pişmanlık hissetme, evlilik ilişkilerinde güçlükler, çocuk istismarı ve psikotrop ilaç kullanımının artmıştır (Yanikkerem ve ark. 2008).

Kavlak ve Saruhan (2002) infertil kadınların yalnızlık düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İnfertilite polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya 150 infertil kadın alınmıştır. İnfertil kadınların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, sosyal destek, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvence durumları, gelir durumları, evlilik sayısı, infertilite süresi ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumlarının etkilediği bulunmuştur (Kavlak ve Saruhan 2002).

Ünal ve arkadaşları (2010), infertilite polikliniğine başvuran kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın örneklemini, bir

özel dal ve bir üniversite hastanesine bağlı iki IVF merkezine Mart-Eylül 2008 tarihleri arasında başvuran, olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen 344 kadın oluşturmuştur. Veriler, sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorulardan oluşan bilgi formu ve İnfertilite Etkilenme Ölçeği (İEÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda; yaş, evlilik süresi ve çocuk isteme süresi arttıkça kadınların infertiliteden etkilenme düzeyleri arttığı bulunmuştur. İlkokul mezunu, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu kötü olan kadınlar infertiliteden daha çok etkilendikleri saptanmıştır. İnfertilite tedavi merkezine başvuran kadınların değerlendirilmesinde hastanın psikolojik durumunun saptanarak, destekleyici yaklaşımlar planlanmalı. Bu özelliklerin dikkate alınmasının tedavi başarısını artıracacağı düşünülmektedir (Ünal ve ark. 2010).

2. 5. 3. İnfertil çiftlerde ekonomik sorunlar

İnfertilite tedavisinde kullanılan ilaçlar ve tedavi işlemi pahalı olduğu için çiftlerde ekonomik zorluklara da neden olmaktadır. Tedavi sonrasında baktığımızda çoğul gebeliklerde sağlık bakımı, eğitim ve sosyal harcamalar daha yüksektir. Tedavi sürecinde çalışan çiftler sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle ekonomik sıkıntıları olmayan kadınlar işlerini bırakmak zorunda kalıp, kariyer yapmaktan vazgeçmektedirler. (Yanikkerem ve ark. 2008).

Altunduğ ve arkadaşları infertil çiftlerdeki kaygı düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine gelen 72 infertil çift örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu, durumluluk sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Durumluluk kaygı puan ortalaması ve sürekli kaygı puan ortalaması kadınlarda erkeklerde göre daha yüksek bulunmuştur. Tedavi giderlerini karşılayamayan çiftlere öncelik verilmesi önerilmiştir (Altunduğ ve ark. 2012).

2. 5. 4. İnfertil çiftlerde cinsel sorunlar

İnfertilite değerlendirilmesi çiftleri cinsel açıdan da rahatsız edici bir durumdur. Örneğin çiftlerin anamnezleri alınırken çiftlere birleşme teknikleri, seksüel istekleri, küretajlarının tarihi, birleşme sırasındaki rahatsızlıkları, seks ve üreme konusundaki bilgileri gibi seksüel performansları ile ilgili birçok soru sorulmaktadır. Böyle soruları cevaplamak çiftler için zorlayıcı bir durumdur. Bazı çiftlerde seksüel yeterlilik ile ilgili sorulan cinsel ilişkiden bilinçli olarak kaçınma ve ilişki sırasında başarısızlık gibi sorular zamanla seksüel başarısızlıklara veya

seksüel davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Bazen bu çiftlerde orgazma ulaşamama, vajinismus gibi durumlara da oluşarak komplike bir hale gelebilir. Kadınlarda seksüel disfonksiyon, cinsel istek kaybı, cinsel uyarılmanın gerçekleşmemesi, anorgazm biçiminde ortaya çıkmakarak gebe kalmayı güçleştirmektedir. Aynı zamanda tedavide kullanılan hormonlar cinselliği olumsuz etkileyebilmektedir. Bu da çiftlerde depresyon ve seksüel isteklerde inhibisyona neden olabilmektedir. Suçluluk, ikilem yaşama ve gereksizlik hissi seksüel fonksiyonları durdurabilmekte veya seksüel başarısızlığa neden olabilmektedir (Yanikkerem Speroff ve Fritz 2007, 2008).

2. 5. 6. İnfertil çiftlere hemşirelik yaklaşımı

İnfertilite hemşireliği poliklinikte başlar ve ameliyathaneye kadar uzanır. Bu süreçte çiftlerin psikolojik ve sosyal durumları ön planda tutulur. İnfertilite sürecinde hemşirelik bakımının temel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır. İnfertilite danışmanlığında destek ve çıkabilecek sorunlara yönelik danışmanlık vermek önemli konulardır. Hüzün infertilite tanısı alanlarda en sık rastlanan duygudur. Buna şok ve inanmama, engellenme, öfke, depresyon da eşlik edebilir. Kişilerin bu dönemde bilgilendirilmesi sorunu kabullenip baş edebilmesi ve tedaviye uyumu için çok gereklidir.

Gelişmiş ülkelerde tedavi sürecinde oluşabilecek problemleri öngörmek için infertilite tedavisine başlamadan önce ayrıntılı psikolojik öykü alınmaktadır. Ayrıca evlilik ve cinsel öykü de tedavi öncesinde değerlendirilir. Sosyal destek sistemleri açısından aile içi ve sosyal ilişkiler de baştan belirlenmelidir. İnvitro fertilizasyon yöntemi, yorucu, yıpratıcı uzun bir sürecin son seçeneği olduğu için ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. İnfertilite sürecindeki psikolojik etkilerin süresi uzadıkça sorunların şiddetinin arttığı bilinmektedir. Bu yönüyle çiftlerin tedavinin daha ilk basamağı olan tanı koyma aşamasında psikolojik destek almaya başlaması en iyi önlem olabilir. Ayrıca psikolojik tedavi tedavi uyumunu arttırmaktan öte fertilizasyon şansını da arttırabilir.

İnfertil çiftlere verilecek danışmanlık çiftlerin ilişkilerini sağlamlaştırma ve kendileri için doğru olan seçimi yapmalarına yardım eder. Aynı zamanda endişe, nefret, öfke ve tatminsizlik gibi duygularından da arınmalarına yardımcı olabilir. Danışmanlık, aynı zamanda çiftlerin kendi özel gereksinimlerinin farkına vararak uygun kararlar almalarını ve yaşamda infertiliteden daha fazla şeyler olduğunu fark etmelerini sağlar. Ayrıca tedavi sırasında çok hassas

ve alingan olan çiftlerin sorunlarını açabilmeleri için rahat bir ortam sağlanmalı ve güven verici bir yaklaşımda bulunulmalıdır. İnfertil çiftler ne fazla umutlandırılmalı ne de mutsuzluğa düşürülmelidir. Tedavinin sonlanma aşamasında bazı çiftler tedavinin başarısız olma ihtimalini karşı da hazırlanması gerekir. Bu nedenle çiftlerle geleceğe yönelik planlar, çocuksuz yaşamak ve evlat edinme gibi diğer seçenekler de sunulmalıdır.

Ülkemizde infertilite ile ilgili geleneksel tedaviler sürdürülmekte ve bu geleneksel uygulamalar çiftlerin sağlığına zarar verebilmektedir. Ayrıca çiftlerin cinsellikle ilgili konulardaki bilgisizlikleri ve uygulamalarının yetersiz olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin infertiliteden korunma, infertilite durumunda uygun bakım almalarına yardım etme, tedavi sırasında danışmanlık ve destekleyici rolleri vardır. İnfertil çiftler için grup bilişsel- davranışsal tedavileri yararlı olabilir. Çiftlere yoga, bilişsel durumun yeniden yapılandırılması, duygularını dışavurum yöntemleri, infertilite açısından beslenme ve egzersiz, öğretileri gibi değişik rahatlatma teknikler önerilebilir (Jonathen 2011).

İnfertil çiftlerle iletişim kurarken yumuşak, güler yüzlü ve hoşgörülü olunmalıdır. Çünkü hastaların çoğu uzun süredir evli, sorunlarının çözümü için yıllarca tedavi aramış, ekonomik ve psikolojik yönden yorgun düşmüş, sağlık personeline karşı güveni sarsılmış, ümitsizlik içindeki kişilerdir. Tedavi sürecindeki tıbbi ve teknik bilgilerin çiftler tarafından anlaşılması, duygusal ve fiziksel olarak çiftin işlemlere hazırlanması, gerçekçi beklentiler geliştirmelerinin sağlanması çiftlere yardımcı olunmalıdır. Hemşirelik yaklaşımı sağlamada, çiftlerin tanı ve tedavi süreçlerinde oluşabilecek sorunları bilmek çok önemlidir (Jonathen 2011, Yanıkkerem ve ark. 2008).

2. 6. İnfertilite Danışmanlığı

İnfertilite sürecinde yaşanan güçlükler, infertil çiftlerin psikososyal yönden değerlendirilmesini ve tedavinin her aşamasında danışmanlık verilmesini zorunlu hale getirmiştir. Danışmanlık hizmetlerinin infertil çiftlerin tedavilerini olumlu etkilediği, canlı doğum oranlarını arttırdığı, çiftler arasındaki çatışmaları, depresyonu ve anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir. Ancak sunulan danışmanlık hizmetleri henüz istenilen düzeyde değildir.

Hemşireler danışmanlık kapsamında çiftleri değerlendirmeli, gereksinim duydukları konularda çiftleri eğitmeli, stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini tanımlayabilmeli ve terapotik danışmanlık modellerini kullanabilmelidirler (Aşçı 2012, Kızılkaya 2009).

2. 6. 1. İnfertilitede danışmanlık adımları

1.Tanışma ve güven kurma: Çift, infertilite ekibi ile tanıştırılır, kendilerini rahatça ifade etmeleri için uygun ortam sağlanır. Çift olarak ve ayrı ayrı olmak üzere 30- 60 dakika görüşme yapılır. İnfertilite tüm boyutları ile ele alınır. Çiftle cinsellikle ilgili konular konuşulur. Bireyin/çiftin infertiliteye bağlı oluşan sorunları netleştirilir. Çiftlerin birbirleri ve infertilite ekibiyle ortak hedeflerde olmaları sağlanır. Çiftlere, normal üreme süreci hakkında temel bilgiler ve eğitimler verilir. Tedavideki başarıları hakkında bilgi verilir.

2.İnfertilite için öngörülen nedenlerin paylaşılması, tanı işlemlerine karar verme, sürdürme ve sonuçlar hakkında bilgilendirme: Çiftlere infertiliteye dene olabilecek nedenler hakkında bilgi verilir. Kendileri ve eşleri için ön görülen infertilite nedeni ve bireysel başarı şanslarını açıklanır, izlenecek prosedürler hakkında bilgi verilir. Çiftler tanılama aşamasında yapılacak testler, çiftin/bireyin tanılamaya katkısı ve ne gibi sonuçlar elde edileceği ve tanılama sürecinin sonuçları hakkında bilgilendirilir.

3.İnfertilite sorununun çözmek için seçenekleri ayırtılama ve tedavi seçeneğine karar verme ve sürdürme: Çifte uygun olan tedavi seçenekleri konuşulur, kendileri için en uygun olan seçeneğe (çocuksuz yaşama, evlat edinme, tedaviye başlama gibi) karar vermeleri için çifte yardımcı olunur. Çiftlerin soru sormaları için fırsat verilir, alacakları kararın olumlu ve olumsuz yönleri tartışılır. Tedavi aşamasında olan çiftler, eve bebekleri ile dönmeyi hedeflemiştir. Bu aşamada çiftler ortak paylaşımlarda bulunabilecekleri başka çiftlerden oluşturulan destek gruplarına dahil edilebilirler.

4.Tedavi sonuçlarını değerlendirme: İnfertilite tedavisi sonucunda gebelik sağlanabilir, başarısız olunabilir veya çiftler tedaviyi bırakmak isteyebilirler. Bu adımda bireyselleşmiş bakım verilmelidir. Her adımın sonunda yeme bozukluğu, uyku sorunları, cinsel disfonksiyon, artmış sosyal izolasyon, umutsuzluk, intihara eğilim, obsesif kompulsif davranışlar, artmış anksiyete ve depresyon bulguları gibi psikososyal risk faktörleri yönünden hasta değerlendirilip, gerekirse psikolojik yardım için yönlendirilmelidir (Aşçı 2012, Kızılkaya 2009).

2. 6. 2. İnfertilite danışmanlığında hemşirenin yeri

İnfertilite danışmanlığı dinamik bir gelişim sürecindedir. Psikologlar, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları, evlilik ve aile terapistleri danışmanlık ekibinin üyeleri arasındadırlar. Bazı ülkelerde danışmanlık hizmetlerini sunabilecek kişinin özellikleri için çeşitli kriterler vardır; en az bir yıllık klinik deneyim, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi mental sağlık alanlarından mezun olma, mezuniyet sonrası eğitim alma gibi. İngiltere’de çiftlere danışmanlık verilebilmesi için hemşirelere sertifika veya onay belgesi verilmektedir. Ayrıca danışmanın en azından mental sağlık alanında ve infertilitenin birey üzerindeki mental psikososyal etkileri konusunda deneyimli bir kişi olması önerilmektedir. Tüm bunlar gösteriyor ki; infertilite danışmanlığı özel beceri ve eğitim gerektiren bir alandır.

İnfertil çiftlerin tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık ihtiyacı olduğu düşünüldüğünde, hemşireler için danışmanlık son derece uygun pozisyonudur. Hemşirler çiftlere tedavi ile ilgili karar vermede, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendisinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamada, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesine ve sürdürmesine teşvik etmede anahtar rollere sahiptir (Aşçı 2012, Kızılkaya 2009).

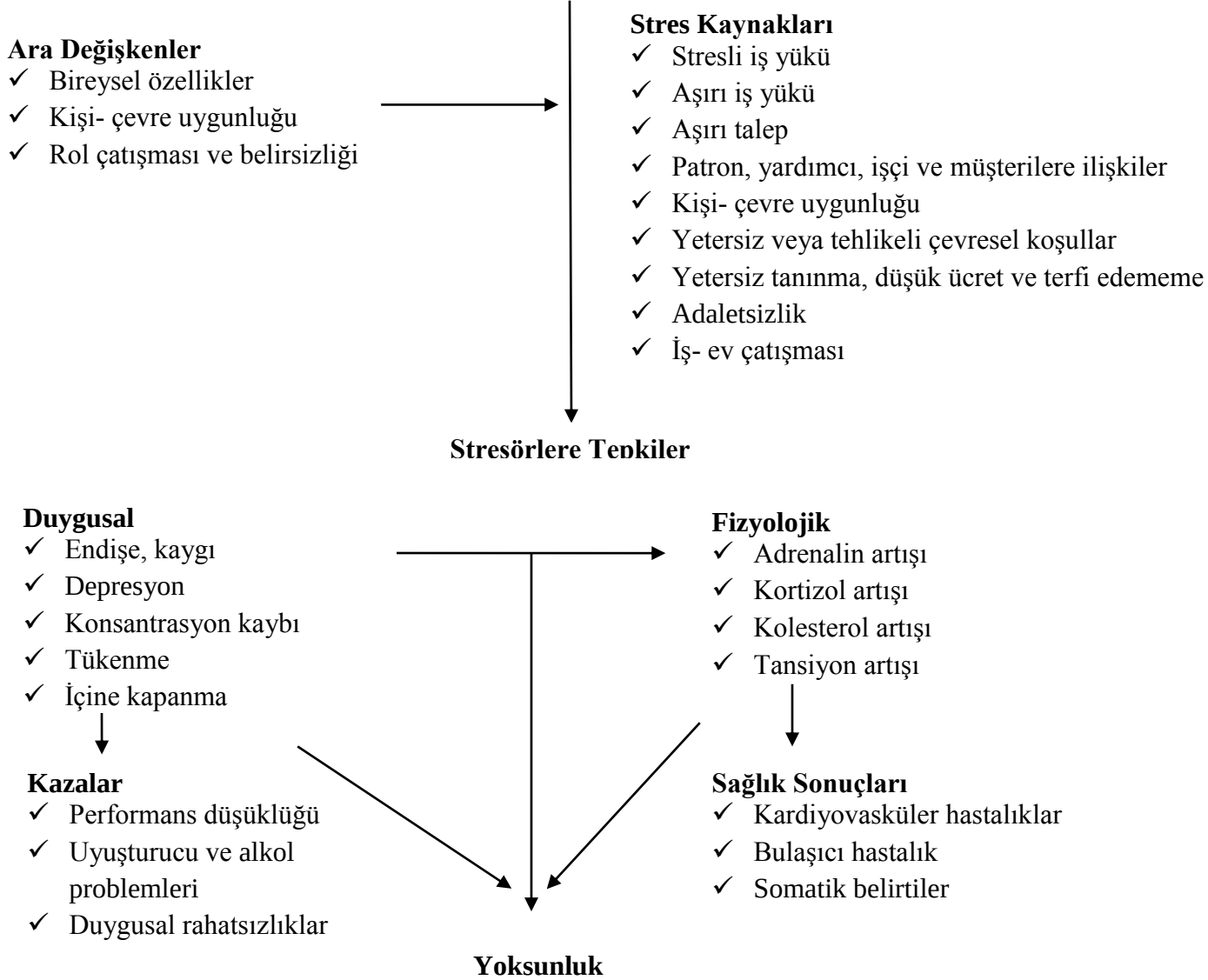
Sonuç olarak infertilite bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen bir durumdur. Bu durumun yarattığı psikolojik, emosyonel ve sosyal etkiler tedavinin her aşamasında danışmanlık hizmetleri ile azaltılabilir. İnfertilite tedavisinin yürütüldüğü tüm kliniklerde danışmanlık hizmetleri multidisipliner bir ekip yaklaşımı içinde verilmelidir. Bu ekibin bir üyesi olan hemşireler, danışmanlık rolleri ile infertilitenin birey üzerindeki etkilerini azaltmaya yardımcı olarak, danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlamalıdır (Aşçı 2012, Kızılkaya 2009).

2. 7. İnfertilite Ve Çalışma Hayatı

Çalışmak bireylerin özellikle de kadınların ruh sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Normal koşullarda kişinin çalıştığı iş yerinde yeni bir şeyler üretmesi toplumda statü kazanması, kendini verimli hissetmesi onun psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca ekonomik anlamda kendini özgür hissetmesi ve bu sayede kendini toplumda ifade edebilmesi kendisini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Fakat infertilite gibi stresli bir süreçte, kişilerin hem

kendilerini işe vermeleri hem de sorumluluklarını yerine getirmeleri daha da zor olabilmektedir (Barut ve ark. 2010).

Normal koşullarda iş stresi farklı faktörlerden kaynaklanıp, farklı sonuçlar doğurabilmektedir.



Şekil 13: İş Stresinin Çeşitli Kaynakları ve Olası Sonuçları
(Erdoğan ve ark. 2009)

Buna infertilite gibi bir yaşam krizi eklendiğinde, kişinin çevresel faktörleri etkilenip yaşanan iş stresini artırabilir. Böylece stresöre verilen tepkiler infertilite sürecinden etkilenerek farklı sonuçlar çıkmasına neden olacaktır.

Çalışan çiftler tedavi nedeniyle sürekli iş yerlerinden izin almak zorunda kalabilirler. Bu durum hem işverene hem kişiye hem de iş arkadaşlarına sıkıntı verebilmektedir. Bu süreçte işten ayrılma durumları yaşanabilir. Fakat tedavi sürecinin pahalı olması nedeniyle, çiftlerde ekonomik sıkıntılar yaşanır, bu nedenle işi bırakmak çözüm olmayabilir. Ekonomik durumu iyi olan, masraflarını karşılayabileceğini düşünen kişiler işini bırakmak durumunda da olabilmektedir. Özellikle kadınlar işlerini bırakmaya eğilimli olmakta veya kariyer yapmaktan vazgeçebilmektedirler (Yanikkerem ve ark. 2008, Uğur 2014, Kızılkaya 2009).

Özellikle işyerlerindeki stres kadınların hem bedensel hem de ruhsal yönden sorunlar yaşamasına ve sonuç olarak da işteki veriminin düşmesine neden olabilmektedir.(Erdoğan ve ark. 2009). İnfertilite sürecinde çalışanların tedavi için ayırması gereken zaman, tedavi süreci ve yanıtı için bekledikleri süreç önemli bir stres kaynağı olabilir. Tedavi sürecindeki bu zorlu süreç kadınların çalışma hayatı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre; işin kalitesinde azalma olduğu, kişilerin işe devamsızlıklarının arttığı, iş performanslarının azaldığı, kariyerlerindeki ilerleyişin durduğu, kadınların bu süreçte erkeklerden daha fazla stres yaşadıkları ve iş verimliliğinin olumsuz etkilendiği, kariyerin ertelendiği, fırsatlarının kaçırıldığı bulunmuştur (Fourquet 2010, Collins ve ark. 1992, Hammarberg ve ark. 2001)

İnfertilite tedavi süreci kadınların çalışma hayatını sadece olumsuz yönde değil olumlu yönde de etkileyebilmektedir. Bazı kadınlar enerjisini üreme kabiliyetinden; kişilik gelişimi, kariyer planları ve eğitimini tamamlamaya çevirmekte, iş arkadaşları arasında yükselip gelişmesi ve bunun bir fırsat olduğu, kariyerinin olumlu yönde etkilendiğini düşünmektedir. Kadınlar bu süreci daha rahat geçirebilmeleri için kendilerini işle ilgili alanlara yönlendirmektedirler (Lee ve ark. 2009, Hammarberg ve ark.2001).

Tedavi süreci çoğu zaman çiftler ve özellikle de kadınlar için stresli ve psikolojik olarak yorucu bir süreçtir. Bu sürece bağlı olarak yaşanan stres, kadınların yaşamının odak noktası haline gelip, çalışma hayatında etkileyebilmektedir. Çalışma hayatında yaşanan stresi artırabilir. Öte yandan çalışma hayatı çoğunlukla başlı başına stresli bir süreçtir. Bu stresli süreç de tedavi sürecini etkileyebilir. Yani aralarında olumsuz bir feed back oluşabilir. Bu yüzden, biz hemşireler

bu kısır döngüdeki zincirleri kırıp çalışma hayatının tedaviyi, tedavinin de çalışma hayatını olumsuz yönde etkilemesini engellemeliyiz. İnfertilite ve tedavi sürecinin kadınların çalışma hayatına neler kattığını bilerek, kadınlara rahatlatıcı uygulamalarımızla yardımcı olmalıyız. Çünkü hemşire rahatlatıcı uygulamaları ile stres, korku, heyecan yaşayan çiftin rahatlamasını ve sürecin iyi geçmesini sağlayarak, kadının çalışma hayatının da süreçten olumsuz etkilenmesini önlemelidir.

İnfertilitenin yanı sıra, uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri de bireylerin sorunla başa çıkmasını zorlaştırmaktadır (Karlidere ve ark. 2007). Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Örneğin Peterson ve arkadaşları (2006) meydan okuyarak başa çıkma, uzaklaştırma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluğu kabul etme, kaçış/uzak durma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme olarak farklı boyutlara ayırmışlardır. Biz hemşireler kadınların başa çıkma yöntemlerini öğrenerek bireyleri desteklemeli veya doğru baş etme yöntemini kullanmasını sağlamalıyız. Rahatlatıcı uygulamalarımız ve kullandığımız başa çıkma yöntemleri ile kadınların stresten uzak durmalarını sağlayacak ve çalışma hayatının bu süreçten olumsuz etkilenmesini önlemiş olacağız. Bu da kadının toplumdaki statüsünü koruması ve geliştirmesine destek olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İnfertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmaya İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi infertilite polikliniklerine gelen ve örneklem kriterlerine uygun olan kadınlar alınmıştır. Veriler Mart 2015- Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

NCSS- PASS programında Tip- I hata 0.05 Tip- II hata 0.20 (%80 güce) göre Hammarberg K. ve arkadaşlarının (2001) çalışmasındaki çalışma hayatında yaşanan olumsuzluk oranları kullanılarak hesaplanan gerekli örneklem büyüklüğü 84 kişidir. Örnek büyüklüğü hesaplama formüllerinden, evrendeki eleman sayısı bilinmeyen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile bulunan örneklem sayısı ise 196'dır ($n = \frac{t^2pq}{d^2}$) (Aksayan S. ve ark. 2012).

Araştırmanın örnekleme 200 infertil kadının alınmıştır.

Örneklem seçme kriterleri:

- Okuma yazma biliyor olmak
- Primer infertil olmak
- Çalışıyor olmak
- İnfertilite tedavisi görüyor ya da görmüş olmak
- En az bir siklus tedavi görmüş olmak
- 18- 45 yaş arası kadın olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: İnfertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıkları

Bağımsız değişkenler: infertilite ve tedavisine ilişkin özellikler

3.5. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama formların kullanılmıştır.

1. Tanıtıcı Bilgi ve Jinekolojik Öykü Formu (Ek- 1)

2. Çalışma Hayatı İle İlgili Bilgi Formu (Ek- 2)

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi ve Jinekolojik Öykü Formu (Ek- 1)

İnfertil kadınların tanıtıcı özelliklerine ve jinekolojik öykülerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen tanıtıcı bilgi formu; yaş, eğitim durumu, evlilik biçimi, yaşanan aile tipi, cinsel ilişki sıklığı, tedavi masraflarını kimin karşıladığı gibi değişkenlere yönelik 20 tane çoktan seçmeli, 9 tane açık uçlu soru içermektedir.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi ve Jinekolojik Öykü Formu (Ek- 2)

Kadınların infertilite ve tedavi süreci ile ilişkilendirilmiş çalışma hayatları ile ilgili bilgi edinebilmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen Çalışma Hayatı İle İlgili Bilgi Formu; meslek, meslekte çalışma süresi, günlük çalışma saatleri, çalışma saatlerinin tedavi sürecini etkileyip etkilemediği, kariyerindeki ilerleyişin bu süreçten etkilenip etkilenmediği, tedavi için gerekli enjeksiyonu (iğneyi) iş yerinde yapıp yapamadığı gibi değişkenlere yönelik 17 tane çoktan seçmeli, 4 tane açık uçlu soru içermektedir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma örneklemine alınacak kadınlara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onam formu ile izinleri alınmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Kadınların tanıtıcı, jinekolojik ve çalışma hayatlarına dair verileri alınmıştır.

3.7. Araştırma Planı

Literatür tarama, tez önerisi hazırlama (Eylül 2014 – Aralık 2014)



Etik kurul ve yönetim kurulu izni (Mart 2015)



Veri toplanacak kurumlardan izin (Mart 2015)



Veri toplama ve veri analizi (Mart 2015 – Haziran 2015)



Rapor yazımı ve tez bitirme sınavı (Haziran 2015 – Eylül 2015)

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinin bilgisayar ortamında SPSS 22 programı ile yapılmıştır. Çalışan infertil kadınlara ilişkin; sosyo- demografik ve jinekolojik verilerin analizi ile çalışma hayatı ile ilgili veriler sayı ve yüzde ile hesaplanmıştır. Kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıkları sayı ve yüzde ile hesaplanmıştır. İnfertilite ve tedavisinin kadınların işini yapmasına engel olma durumunu analiz etmek amacıyla çok gözlü ki kare ve dört gözlü ki kare, iş stresi düzeyi puan ortalamalarına etkisini analiz etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi ve t testi, işten soğuma/ işe gitmek istememe durumuna etkisini analiz etmek amacıyla çok gözlü ki kare ve dört gözlü ki kare testleri kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p=0.05$ anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bir ölçeğin ya da belirtecin iş stresini ölçmede kullanılmaması, iş stresi algısı kişiye göre değiştiği için, çalışmanın sınırlılığdır.

3. 10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 02.04.2015 tarih ve 2015/10- 41 sayılı karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinden araştırmanın yapılması için yazılı izin belgeleri alınmıştır (Ek 4- 5). Ayrıca çalışmaya dahil edilecek kadınlara, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü izin alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Araştırmaya ilişkin bulgular altı başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şu şekildedir:

- Kadınların Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular
- İnfertilite Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisine İlişkin Bulgular
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların İşini Yapmasına Engel Olma Durumu
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin İş Stresi Düzeyi Puan Ortalamalarına Etkisi
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Durumuna Etkisi

4. 1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadınların sosyo-demografik ve jinekolojik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Yaş ortalaması 32.99 ± 3.989 olup, % 58.5’i 26- 34 yaş grubundadır. Çoğunluğu (% 31.5) lisans mezunudur. Eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında da % 37’ sinin lisans mezunudur. Kadınların %56.0’ı aile gelir durumunun 1001- 3000 TL arasında, % 92.5’ i çekirdek ailede yaşamakta ve % 62.5’ i 5 yıl ve daha fazla süredir evli olduğunu ifade etmiştir. Jinekolojik öykülerine baktığımızda kadınların %69.5’i düzenli adet görmemekte fakat %16.0’ ının kadın doğum ile ilgili bir hastalığı vardır. Cinsel ilişkiyi değerlendirdiğimizde; %59.0’ı haftada 1- 2 kez cinsel ilişkide bulunduğunu ve %99.0’ ı cinsel ilişki sırasında herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo 1. İnfertil Kadınların Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Özellikleri (n:200)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18- 25 yaş grubu	9	4.5
26- 34 yaş grubu	117	58.5
35- 42 yaş grubu	74	37.0
Yaş ($\bar{x} \pm SS$)	32.99 ± 3.989	

Eğitim		
İlköğretim	55	27.5
Lise	45	22.5
Ön Lisans	31	15.5
Lisans	63	31.5
Lisans Üstü	6	3.0
Eşin Eğitimi		
İlköğretim	46	23.0
Lise	58	29.0
Ön Lisans	16	8.0
Lisans	74	37.0
Lisans Üstü	6	3.0
Ailenin Gelir Durumu		
1000 TL / veya daha az	4	2.0
1001- 3000 TL	112	56.0
3001- 5000 TL	68	34.0
5001 ve üstü TL	16	8.0
Yaşanılan Aile Tipi		
Geniş aile	15	7.5
Çekirdek aile	185	92.5
Evlilik Süresi		
1 Yıl	4	2.0
1- 5 Yıl	71	35.5
5 Yıl ve daha fazlası	125	62.5
Jinekolojik Özellikler	Sayı	%
Düzenli Adet Görme Durumu		
Görenler	139	30.5
Görmeyenler	61	69.5

Kadın Doğum İle İlgili Bir Hastalığı Olma Durumu		
Hastalığı Olanlar	32	16.0
Hastalığı Olmayanlar	168	84.0
Hastalıklar		
Endometriyozis	2	1.0
Miyom	5	2.5
Polip	3	1.5
Genital Yol Enfeksiyonları	7	3.5
Polikistik Over	14	7.0
Genital Siil	1	0.5
Cinsel İlişkide Bulunma Sayısı (Haftada)		
1- 2 Kez	118	59.0
3- 4 Kez	78	39.0
5- 6 Kez	4	2.0
Cinsel İlişki Sırasında Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayanlar	2	1.0
Yaşamayanlar	198	99.0

4. 2. İnfertil Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadınların çalışma hayatı ile ilgili özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Kadınların % 65.7’ si özel sektörde çalışmaktadır. İş yerinde çalışma süresi incelendiğinde; kadınların çoğunun (% 48.0) 1- 5 yıldır çalışmakta, %53.5’ inin günlük çalışma süresi 6- 8 saat olup, %30.3’ ünün haftalık çalışma saatleri 41- 51 saattir. Çalışan kadınların %81.0’ ı iş yerinde vardiyasız çalışmaktadır.

Tablo 2. İnfertil Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Özellikleri (n:200)

Çalışma Hayatı İle İlgili Özellikler	Sayı	%
Çalıştığı Yer		
Kamu	68	33.8
Özel sektör	132	65.7
Çalışma Süresi		
1 Yıldan az	4	2.0
1- 5 Yıl	96	48.0
6- 10 Yıl	78	39.0
11 Yıl ve üzeri	22	11.0
Günlük Çalışma Süresi		
6- 8 saat	106	53.5
9- 10 saat	78	43.5
11 saat	16	3.0
ve üzeri		
Haftalık Çalışma Saatleri		
30- 40 saat	83	41.3
41- 51 saat	61	30.3
52 saat	56	27.9
ve üstü		
İş Yerinizde Vardiyalı Çalışma Durumu		
Vardiyalı çalışanlar	38	19.0
Vardiyasız çalışanlar	162	81.0

4. 3. Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Bulgular

Kadınların infertiliteye ilişkin özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Kadınların % 53.0’ının infertilite yılı 3- 6 yıldır. Son yapılan tedavi incelendiğinde; kadınların %56.5’i İntra-Uterin İnseminasyon tedavisi almaktadır. Kadınların %56.7’ si üç siklüs tedavi almıştır. Kadınların %71.1’ i herikisinin (eşi ve kendisi) isteği ile tedavi almaya başlamıştır. İnfertilite nedenini öğrenme durumuna bakıldığında; kadınların % 55.7’ si infertilite nedenini öğrenmiştir. İnfertilite nedeni ile baskı altında olduğunu hissedenler kadınların %63.2’ sini oluşturmaktadır. Baskı hisseden kadınların % 55.9’ u kendisinden baskı hissetmektedir.

Tablo 3. Kadınların İnfertilite Öykülerine İlişkin Özellikleri (n:200)

İnfertilite Öyküsü	Sayı	%
İnfertilite Yılı		
1- 2 Yıl	33	16.5
3- 6 Yıl	106	53.0
7- 10 Yıl	42	21.0
11- 14 Yıl	16	8.0
15 Yıl ve üstü	3	1.5
Son Yapılan Tedavi		
Ovulasyon indüksiyonu	34	17.0
İntra-Uterin İnseminasyon	113	56.5
In Vitro Fertilizasyon	53	26.5
Tedavi Sayısı		
İki siklus	35	17.4
Üç siklus	114	56.7
Dört siklus	51	25.4
Tedavi Almaya Başlamak İsteyen Kişi		
Ben	50	24.9
Eşim	7	3.5
Her ikimiz	143	71.1
İnfertilite Nedenini Öğrenme Durumu		
Öğrenen	112	55.7
Öğrenmeyen	88	43.8
İnfertilite Nedeni İle Baskı Altında Hissetme		
Hisseden	127	63.2
Hissetmeyen	73	36.3
Baskı Hissedilen Kişi		
Kendisinden	71	55.9
Eşinden	5	4.0
Kendi ailesinden	13	10.2
Eşinin ailesinden	32	25.2
İş yerinden	6	4.7

4. 4. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları

İnfertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıkları deneyimler Tablo 4’de verilmiştir. Kadınların %50.0’ ı son yapılan tedavi süreci boyunca 2- 5 gün iş yerinde devamsızlık yapmıştır. Tedavi süreci nedeniyle işyerinden izin almak gerektiğinde sorun yaşama durumuna bakıldığında; kadınların % 53.0’ ının sorun yaşadığı saptanmış olup, en çok yaşanan sorunun (%41.5) ise yöneticisinden korkmaktan kaynaklandığı bulunmuştur. Ayrıca kadınların %76.5’ i infertilite tedavisi ile ilgili düşüncelerinin işini yapmasına engel olduğunu belirtmiştir. İşine odaklanma ile ilişkin kadınların % 52.0’ ı işinde odaklanma sorunu yaşadığını ifade etmiş ve bu odaklanma sorunu zaman dilimi olarak çoğunlukta (%66.4) tedavi boyunca yaşanmıştır. Kadınların %12.0’ ı kariyerindeki ilerleyişin bu süreçten etkilendiğini, etkilenenlerin %91.7’ si bu sürecin kariyerini olumsuz etkilendiğini vurgulamıştır. Çalışma ortamında genel stres yaşama düzeyine bakıldığında, kadınların %32.5’ inin orta düzeyde stres yaşadığı saptanmıştır. Fakat tedaviye bağlı iş yerinde yaşanan stres incelendiğinde, iş stresi düzeyi puan ortalaması 4.16 ± 2.709 olarak bulunmuştur (Kadınların hissettikleri iş stresini 0- 10 puanları arasındaki cetveldən işaretlemeleri istenmiştir). Kadınların % 87.5’ inin sorunlarını iş arkadaşları ile paylaşmada sorun yaşadığı, en çok (%76.0) kendilerinin arkadaşları tarafından anlaşılmadığını hissettikleri için sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların % 67.0’ ının sorunlarını yöneticisi ile paylaşmada sorun yaşadığı, bu sorunun çoğunlukla (%51.5) cinsiyet farkından kaynaklandığı saptanmıştır. Tedavi için gerekli enjeksiyonu iş yerinizde yapabilme duruma bakıldığında kadınların %88.5’ inin enjeksiyonu yapabildikleri bulunmuştur. İş yerinde enjeksiyonu yapamayanların %43.5’ inin uygun şartların olmaması nedeniyle yapamadıkları belirlenmiştir. İnfertilite ve tedavi sürecinin iş yerinde yol açtığı durumlar incelendiğinde; kadınların % 44.3’ ü verimsizlik yaşadığını, çoğu (%83.5) devamsızlık yapmak zorunda kaldığını, %10.9’ u iş doyumsuzluğu, %5.5’ i çatışma yaşadığını, %29.9’ u işten soğuduğunu/ işe gitmek istemediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları (n: 200)

Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları	Sayı	%
Son Yapılan Tedavi Süreci Boyunca İş Yerinde		
Yapılan Devamsızlık		
Yapmayanlar	6	3.0
1 Gün	37	18.5
2- 5 Gün	100	50.0
5 Günden fazla	57	47.0
Tedavi Süreci Nedeniyle İşyerinden İzin Almak		
Gerektiğinde Sorun Yaşama Durumu		
Yaşıyorum	106	53.0
Yaşamıyorum	94	47.0
Tedavi Süreci Nedeniyle İşyerinden İzin Almaya		
İlişkin Yaşanılan Sorunlar		
Yöneticiden Korkma	44	41.5
Kendisi İçin İzin Almakta Zorlanma	28	26.5
İş Üretiminde Azalma Olması	22	20.7
Arkadaşlarıyla Sürekli Sorun Yaşama	12	11.3
İnfertilite Tedavisi İle İlgili Düşüncelerin İşini		
Yapmasına Engel Olma Durumu		
Engel Oluyor	47	23.5
Engel Olmuyor	153	76.5
İnfertilite Nedeniyle İşlerine Odaklanma Sorunu		
Yaşama Durumu		
Yaşıyorum	140	52.0
Yaşamıyorum	60	48.0
İnfertilite Özellikle Hangi Aşamada İşlerine		
Engel Olur		
Tedavinin Her Aşamasında	93	66.4
Gebelik Beklenen Süreçte	37	26.4
Kendine Enjeksiyon Yapmak Zorunda Olunan	10	7.1
Dönemlerde		

Kariyerdeki İlerleyişin Bu Süreçten Etkilenme		
Durumu		
Etkilendi	24	12.0
Etkilenmedi	176	88.0
Kariyerdeki İlerleyişin Etkilenme Şekli		
Olumsuz etkilendi	22	91.7
Olumlu etkilendi	2	8.3
Çalışma Ortamında Genel Stres Yaşama Düzeyi		
Evet, Az Düzeyde	61	30.5
Evet, Orta Düzeyde	65	32.5
Evet, Yoğun Düzeyde	34	17.0
Hayır Yaşamıyorum	40	20.0
Tedavi Sürecine Bağlı Olarak Yaşanılan İş		
Stresi Düzeyi Puanı ($\bar{x} \pm SS$)	4.16 ± 2.709	
Tedaviye İlişkin Sorunları İş Arkadaşları İle		
Paylaşma Durumu		
Paylaşıyorum	25	12.5
Paylaşamıyorum	175	87.5
Sorunlarını İş Arkadaşları İle Paylaşmada		
Sorun Yaşama Nedeni		
Beni Anlamıyorlar	19	76.0
Cinsiyet Farkından Dolayı	6	24.0
Tedaviye İlişkin Sorunları Yönetici İle Paylaşma		
Durumu		
Paylaşıyorum	66	33.0
Paylaşamıyorum	134	67.0
Sorunları Yönetici İle Paylaşamama Nedenleri		
Cinsiyet Farkı Var	34	51.5
Beni Anlamıyor	16	24.2
İşten Kaçtığımı Düşünüyor	7	10.6
Anlatmak İstemiyorum	6	9.2
Önemli Olduğunu Düşünmüyor	3	4.5

Tedavi İçin Gerekli Enjeksiyonu İş Yerinde		
Yapabilme Durumu		
Yapabiliyorum	177	88.5
Yapamıyorum	23	11.5
Tedavi İçin Gerekli Enjeksiyonu İş Yerinde		
Yapamama Nedeni		
Uygun Şartların Olmaması	10	43.5
İş Yoğunluğu	3	13.0
Psikolojik Baskı	4	17.4
İş Dışında Yapma	6	26.1
İnfertilite Ve Tedavi Sürecinin İş Yerinde Yol		
Açtığı Durumlar*		
Verimsizlik	89	44.3
Devamsızlık	167	83.5
İş doyumsuzluğu	22	10.9
Çatışma	11	5.5
İşten soğuma ve işe gitmek istememe	60	29.9

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

4. 5. İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların İşini Yapmasına Engel Olma Durumu

İnfertilite ve tedavi düşüncelerinin işini yapmasına engel olma durumuna etkisi Tablo 5’ de incelenmiştir. İnfertilite yılı ile düşüncelerinin işini yapmasına engel olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p= 0.021$). Yapılan satır ki kare ileri analizinde farkın infertilite yılının 1- 2 yıl olan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Sorun yaşayan kadınların %31.9’ u 1- 2 yıldır infertildir. Son yapılan tedavi, tedavi sayısı, infertilite tedavisi almaya kimin isteği ile başlanmış olması, infertilite nedenini öğrenme durumunu ve infertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumunun infertilite tedavisi ile ilgili düşüncelerin işini yapmasına engel olma durumu üzerine etkisine baktığımızda aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Son yapılan tedavi için; $p= 0.850$, tedavi sayısı için; $p= 0.912$, infertilite tedavisi almaya başlamak isteyen kişi için; $p= 0.241$, infertilite nedenini öğrenme durumu için; $p= 0.116$, infertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumu için $p= 0.689$).

Tablo 5. İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların İşini Yapmasına Engel Olma Durumu (n:200)

	İnfertilite Tedavisi İle İlgili Düşüncelerinin İşini Yapmasına Engel Olma Durumu				X ²	P
	Engel Oluyor		Engel Olmuyor			
	N	%	N	%		
İnfertilite Yılı						
1- 2 Yıl	15	31.9	18	11.8	11.570	0.021**
3- 6 Yıl	22	46.8	84	54.9		
7- 10 Yıl	6	12.8	35	22.9		
11- 14 Yıl	3	6.4	14	9.2		
15 Yıl ve üstü	1	2.1	2	1.3		
Son Yapılan Tedavi						
Ovulasyon indüksiyonu	8	17.0	26	17.0	0.325	0.850
İntra-Uterin İnseminasyon	28	59.6	85	55.6		
In Vitro Fertilizasyon	11	23.4	42	27.5		
Tedavi Sayısı						
İki siklüs	8	17.0	27	17.6	0.185	0.912
Üç siklüs	28	59.6	86	56.2		
Dört siklüs	11	23.4	40	26.1		
Tedavi Almaya Başlamak						
İsteyen Kişi						
Ben	16	34.0	34	22.2	2.846	0.241
Eşim	1	2.1	6	3.9		
Her ikimiz	30	63.8	113	73.9		
İnfertilite Nedenini Öğrenme						
Durumu						
Öğrenen	31	66.0	81	52.9	2.472	0.116
Öğrenmeyen	16	34.0	72	47.1		

İnfertilite Nedeni İle Baskı

Altında Hissetme

Hisseden	31	66.0	96	62.7	0.160	0.689
Hissetmeyen	47	34.0	57	37.3		

**p<0.05

4. 6. İnfertilite ve Tedavisinin İş Stresi Düzeyi Puan Ortalamalarına Etkisi

İnfertilite ve tedavisinin iş stresi düzeyi puan ortalamaları üzerine etkisine Tablo 6' da bakılmıştır. Kadınların infertilite yılı, son yapılan tedavi ve tedavi sayısı ile iş stresi düzeyi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (İnfertilite yılı için; $p= 0.277$, son yapılan tedavi için; $p= 0.607$, tedavi sayısı için; $p= 0.452$). İnfertilite tedavisi almaya kimin isteği ile başladığının iş stresi puan ortalaması üzerine etkisi olup olmadığına bakılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p= 0.027$). Yapılan Post Hoc ileri analizde, farkın her ikisinin isteği ile tedaviye başlayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Tedavi almaya her ikisinin isteği ile başlayanların iş stresi düzeyi puan ortalaması daha düşük olduğu (3.83 ± 2.680) tespit edilmiştir. Kadınların infertilite nedenini öğrenme durumunun iş stresi düzeyi puan ortalaması üzerine etkisine baktığımızda aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p= 0.000$). İnfertilite nedenini öğrenemeyenlerin öğrenenlere göre iş stresi düzeyi puan ortalamasının daha yüksek (4.76 ± 2.784) olduğu belirlenmiştir. İnfertilite nedeni ile baskı altında olduğunu hissetmeyen ve hissedenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.900$).

Tablo 6. İnfertilite ve Tedavisinin İş Stresi Düzeyi Puan Ortalamalarına Etkisi (n:200)

	İş Stresi Düzeyi Puanı			F	P
	Ort	±	ss		
İnfertilite Yılı					
1- 2 Yıl	5.06		2.573	1.286	0.277
3- 6 Yıl	4.03		2.731		
7- 10 Yıl	4.02		2.475		
11- 14 Yıl	3.47		3.105		
15 Yıl ve üstü	4.33		3.786		

Son Yapılan Tedavi					
Ovulasyon indüksiyonu	3.82	2.276	0.500	0.607	
İntra-Uterin İnseminasyon	4.13	2.721			
In Vitro Fertilizasyon	4.42	2.951			
Tedavi Sayısı					
İki siklus	3.74	2.292	0.798	0.452	
Üç siklus	4.13	2.709			
Dört siklus	4.49	2.969			
Tedavi Almaya Başlamak İsteyen Kişi					
Ben	4.94	2.614	3.677	0.027**	
Eşim	5.14	2.968			
Her ikimiz	3.83	2.680			
İnfertilite Nedenini Öğrenme					
Durumu	Ort	±	ss	t	p
Öğrenen	3.39		2.414	3.667	0.000**
Öğrenmeyen	4.76		2.784		
İnfertilite Nedeni İle Baskı Altında Hissetme					
Hisseden	4.12		2.774	1.125	0.900
Hissetmeyen	4.17		2.682		

**p<0.05

4. 7. İnfertilite ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Durumuna Etkisi

İnfertilite ve tedavisinin işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisi Tablo 7' de incelenmiştir. İnfertilite yılı ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p= 0.532). Son yapılan tedavi ve tedavi sayısı ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Son yapılan tedavi için; p= 0.036, tedavi sayısı için; p= 0.026). Son yapılan tedavi için yapılan ileri analizde farkın ovülasyon indüksiyonu alan kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. İşten soğuma/ işe gitmek istememe yaşıyorum diyen kadınların % 20.8' i ovülasyon indüksiyonu almaktadır. İşten soğuma/ işe gitmek istememe ile tedavi sayısı arasındaki fark da lineerlik

açısından da anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde farkın tedavi siklus sayısı iki olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Tedavi sayısı azaldıkça işten soğuma/ işe gitmek istememe oranı da azalmaktadır. Tedavi almaya başlamak isteyen kişi ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.873$). İnfertilite nedenini öğrenme durumu ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.046$). İnfertilite nedenini öğrenenlerin % 75.0'ının işten soğuma/ işe gitmek istememe durumunu yaşadıkları belirlenmiştir. İnfertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumu ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.731$).

Tablo 7. İnfertilite ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Üzerine Etkisi

	İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe				X ²	P
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
İnfertilite Yılı						
1- 2 Yıl	5	20.8	28	15.9	3.154	0.532
3- 6 Yıl	15	62.5	91	51.7		
7- 10 Yıl	2	8.3	39	22.2		
11- 14 Yıl	2	8.3	15	8.5		
15 Yıl ve üstü	0	0.0	3	1.7		
Son Yapılan Tedavi						
Ovulasyon indüksiyonu	5	20.8	29	16.5	6.673	0.036**
İntra-Uterin İnseminasyon	8	33.3	105	59.7		
In Vitro Fertilizasyon	11	45.8	42	23.9		
Tedavi Sayısı						
İki siklus	5	20.8	30	17.0	7.275	0.026**
Üç siklus	8	33.3	106	60.2		
Dört siklus	11	45.8	40	22.7		

Tedavi Almaya						
Başlamak İsteyen						
Kişi						
Ben	5	20.8	45	25.6	0.271	0.873
Eşim	1	4.2	6	3.4		
Her ikimiz	18	75.0	125	71.0		
İnfertilite						
Nedenini						
Öğrenme						
Durumu						
Öğrenen	18	75.0	94	53.4	3.996	0.046**
Öğrenmeyen	6	25.0	82	46.6		
İnfertilite Nedeni						
İle Baskı Altında						
Hissetme						
Hisseden	16	66.7	111	63.1	0,118	0.731
Hissetmeyen	8	33.3	65	36.9		
**p<0.05						

5. TARTIŞMA

Dünyada ve Türkiye’ de infertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatlarına ilişkin yaşadıkları deneyimleri direkt olarak inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu nedenle araştırmamız, Dünyada infertilite ve tedavi sürecine ilişkin olarak ele alınan sınırlı sayıda literatürle tartışılmıştır. Tartışma iki başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şu şekildedir:

- İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi
 - ✓ Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Yaşadıkları
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların İşini Yapmasına Engel Olma Durumu
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin İş Stresi Düzeyi Puan Ortalamalarına Etkisi
 - ✓ İnfertilite ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Durumuna Etkisi

5. 1. İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi

5. 1. 1. Kadınların Çalışma Hayatı İle İlgili Yaşadıkları

İnfertilite tedavi süreci uzun ve zaman alan bir süreçtir (Çağlar 2005, Erdoğan ve ark. 2015). Kadınlar bunun için iş yerinden sık sık iş yerinden izin almak zorunda kalmaktadırlar. Bizim çalışmamızda da (Tablo 4) kadınların çoğunun son yapılan tedavi süreci boyunca 2- 5 gün iş yerinde devamsızlık yaptığı belirlenmiştir. Uygulanan tedavinin başarısız olması durumunda yeniden tedaviye başlanacak olması işe devamsızlığın daha da artacağını gösterir. Tedavi süreci nedeniyle işyerinden izin almak gerektiğinde sorun yaşama durumuna bakıldığında ise kadınların çoğu sorun yaşadığını, en çok yaşanan sorunun ise yöneticisinden korkmaktan kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Yöneticiden korkma sebebinin işten çıkarılma korkusu olduğu düşünülmektedir. Çalışanlar, işten çıkarılmamak uğruna aşırı uzun süre çalışmayı, hatta ücretlerini almadan çalışmayı bile kabullenmektedir (Mütevellioglu 2013). İşsizlik, çalışanlar üzerinde de sürekli olarak tehdit oluşturan bir olgudur. Bu durum, hali hazırda işi olanların işsiz kalma kaygısı ile bir yandan çalışma yaşamlarının kalitesini önlerken, bir yandan yaşam doyumlarını azaltmaktadır (Çakır 2007). Çalışmamıza katılan kadınların da işverenleri tarafından işten çıkarılma korkusu, kötü iletişime maruz kalmak gibi korkular nedeniyle iş yerinden izin alma konusunda zorluk yaşadıkları düşünülmektedir. Çünkü infertilite tedavisi pahalı, maliyeti yüksek bir tedavidir. Kadınların bu maliyeti karşılayabilmek için çalışmaya ihtiyaçları vardır. Bu yüzden kadınlar bu dönemde iş yerinde herhangi bir olumsuzluk yaşamaktan endişe duyabilirler.

İnfertilite ve tedavi süreci psikolojik olarak kadınları yıpratıcı zorlu bir yolculuktur. Bu yolculukta kadınların yaşadıkları stres, düşüncelerinin sürekli bu konuya yoğunlaşmasına sebep olabilmektedir. İş yerinde bile bu konu düşüncelerini meşgul etmektedir. Bizim çalışmamızda da kadınların çoğu infertilite tedavisi ile ilgili düşüncelerinin işini yapmasına engel olduğunu ve işinde odaklanma sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Bu odaklanma sorununun zaman dilimi olarak çoğunluğunda tedavi boyunca yaşandığı saptanmıştır. Benzer şekilde Fourquet ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada bu kadınların işin kalitesinde ve iş performanslarında azalma olduğu bulunmuştur. Hammarberg ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir başka çalışmada da infertilite tedavisinin kadınların kariyerlerini çoğunlukla negatif etkilediği ve iş fırsatlarını kaçırmalarına neden olduğu saptanmıştır. Bu negatif etkilerin kadınların infertilite sürecine bağlı olarak yaşadıkları olumsuz düşüncelerden ve tedaviye odaklanmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda ise kişilerin enerjisini üreme kabiliyetinden; kişilik gelişimi, kariyer planları ve eğitimini tamamlamaya çevirdiği, iş arkadaşları arasında yükselip gelişmesi için bunun bir fırsat olduğu ve bu durumu bir şans olarak gördükleri (Lee ve ark. 2009), bu süreci daha rahat geçirebilmeleri için kendilerini seyahat ve işle ilgili alanlara yönlendirdikleri (Wirtberg ve ark.2006) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da Hammarberg ve arkadaşlarınınki ile benzer şekilde kariyeri etkilenen kadınların çoğunun negatif etkilendiği belirlenmiştir. Bu durum Türk kültürüyle de ilişkili olabilir. Çünkü kültürümüz gereği olaylara olumsuz yönden bakma ve olumsuz etkilenme öğrenilen bir davranıştır. Bu bakış açısıyla tedaviye odaklanan kadınlar kariyere ilişkin fırsatları kaçırabilirler.

Çalışma ortamında genel stres yaşama düzeyine bakıldığında, kadınların %32.5' i orta düzeyde stres yaşadıklarını belirtmiştir. Türkiye' de çeşitli çalışmalarda bazı iş kollarının stresli olduğu belirlenmiştir (Demiral ve ark. 2007, Altıntoprak ve ark. 2008, Yıldırım ve Buluç 2009, Turunç 2009). Çalışmamızda infertilite tedavisine ilişkin yaşanan iş stresi incelenmiş, iş stresi puanı 4.16 ± 2.709 olarak bulunmuştur. Kadınların sürekli olarak tedavi sürecinin nasıl olacağı, sonuçlarında nelerle karşılaşacağı, tedavi için izin alması gerektiğinde ne yapacağı, hangi zamanlarda tedaviye gideceği gibi düşüncelerinin var olan iş stresini etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma verilerinin toplanma aşamasında kadınlar tedaviye rahatça gelebilmek için yıllık izin aldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum kadınların iş stresi puanlarının yüksek çıkmamasına neden olmuş olabilir.

İnfertilite ve tedavisine ilişkin kadınlar sorunlarını iş arkadaşları ile paylaşmada sorun yaşadıklarını, en çok kendilerinin arkadaşları tarafından anlaşılmadığını hissettikleri için sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. İnfertilite yalnızca çifti değil, arkadaşlık ilişkilerini

değiştirebilen bir süreçtir. İnfertil kadınlar duygularını dile getirebilir fakat yine de sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. İnfertil kadınlar özellikle çocuğu olan kadınların empati yapamadıkları için kendilerini anlamadıklarını düşünmektedirler. Bu sebeple yaşadıklarını onlarla paylaşmak istemezler. Bazı infertil kadınlar doğurgan olan arkadaşlarına öfke duyar ve küçük düşmüş hissederek, arkadaş çevrelerinden uzaklaşmak isteyip yalnız kalmayı tercih ederler (Sezgin ve Hocaoglu 2014). Çalışma hayatında da durum farklı değildir. Kavlak ve Saruhan'ın çalışmasında (2002) ise bunun tam tersi çalışmayan infertil kadınların yalnızlık düzeyleri daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadınların çoğunun sorunlarını arkadaşları ile paylaşmıyor olması infertilite sürecinde kadınların bazen durumları ile ilgili pek fazla konuşmak istemeyebilecekleri ile ilişkilidir. Çünkü konuyu her seferinde tekrarlamak onları üzüp, daha fazla yorabilmektedir.

Kadınların infertilite tedavisine ilişkin sorunlarını yöneticisi ile paylaşmada da sorun yaşadığı, bu sorunun çoğunlukla cinsiyet farkından kaynaklandığı saptanmıştır. Kültür faktöründen dolayı ülkemizde özellikle kadınlara ayıp algısı empoze edilmiştir. Kadınlar üremeye ilişkin konularda erkeklerle rahat bir şekilde konuşamamaktadır. Bunun sebebinin din kuralları, ön yargılar, tabular, örf ve adetler, üremeye ilişkin konuların aileler tarafından “yasak ve ayıp” olarak görülmesi ve utanma olduğu düşünülmektedir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) 2006, Civil ve Yıldız 2010, Koluçak ve ark. 2010). Bununla beraber iş yerindeki hiyerarşiye bağlı olarak kişiler özellikle özel konularını rahatça yöneticileri ile konuşamazlar. İnfertilite de kadınlar için bu özel konulardandır. Bizim çalışmamızda da kadınların bu nedenlerden dolayı erkek olan yöneticileri ile sorunlarını paylaşmada zorluk yaşadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda tedavi için gerekli enjeksiyonu iş yerinizde yapabilme duruma bakıldığında kadınların çoğunun enjeksiyonu yapabildikleri bulunmuştur. İş yerinde enjeksiyonu yapamayanların uygun şartların olmaması nedeniyle yapamadıkları belirlenmiştir. Çalışanlar yaklaşık günlük yaşantılarının 1/3'ünü çalışma ortamında geçirmektedirler. Çalışma ortamlarında sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği sağlıklı olumlu yönde etkilemektedir (Kubilay 2003). Kadınların tedavi sürecinde enjeksiyon için ihtiyaç duydukları uygun fiziki şartların sağlanması en doğal haklarıdır.

İnfertilite ve tedavi sürecinin kadınların işinde verimsizlik, devamsızlık, iş doyumsuzluğu, çatışma, işten soğuduklarını/ işe gitmek istememe gibi durumlara neden olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların iş verimliliğinin negatif etkilendiği, işin kalitesinde azalma olduğu, işe devamsızlıkların arttığı, iş performanslarının azaldığı, kariyerlerindeki ilerleyişin durduğu ya da ertelendiği bulunmuştur (Collins ark. 1992,

Fourquet ve ark. 2010, Hammarberg ve ark. 2001). Sürece bağılı olarak yaşanan bu durumlar bulgularımızla örtüşmektedir. Kadınların bu tedavi sürecindeki yaşadıkları olumsuzluklar iş performansında olumsuzluklara neden olabilir.

5. 1. 2. İnfertilite ve tedavisinin kadınların işini yapmasına engel olma durumu

Kadınların infertilite ve tedavisi ile ilgili düşüncelerinin işini yapmasına engel olma durumu incelendiğinde (Tablo 5), infertilite yılının kadınların işini yapmasına engel olmada önemli olduğu saptanmıştır. Özellikle 1- 2 yıldır infertilite sorunu yaşayanların bu durumdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir. Bu verilere göre infertilitenin ilk yıllarında bu düşüncelerin kadınların zihnini daha fazla meşgul ettiği, iş yerinde bile düşüncelerinden kurtulamadıkları düşünülmektedir. Literatürde de infertilite belli evrelere ayrılmaktadır. Blenner (1990) tarafından tanımlanan özgül infertilite evreleri, Kubler-Ross' un (1975) yas tutma süreci ile aynıdır. İlk evre şok, şaşkınlık, inanamama evresidir. Şok evresini, yadsıma (inkar) izler. Diğer bir evre kızgınlık ve anksiyete evresidir. İnfertil olan eş, eşi tarafından terk edilme endişesi yaşar. Kadınlar kendini eksik, değersiz hissederek, erkekler ise erkek olma, güçlü-kudretli olma özelliklerinin yok oluşunu düşünürler. Bir sonraki evre öfke evresidir. Bireyler kendilerine, eşlerine, ailelerine ve çevrelerine karşı öfke duyarlar. İnfertil bireyleri bekleyen bir başka evre kontrol kaybı evresidir. Bu evrede özellikle kadınlar hamile arkadaşlarıyla görüşmek istemezler ve onlarla paylaşacakları şeylerin azaldığına inanıp kendilerini yalnızlığa mahkum ederler. İnfertil kişilerin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluk evresidir. Eşler, diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğunu düşünüp suçluluk duyarlar, bu duygulara ailenin ve kültürün baskıları da eklenir ve cezalandırıldıklarını düşünürler. Günlük hayattan zevk almama, ilgi ve isteklerin azalması, her şeyin önemini kaybetmesi ve depresyon yaşanabilir. Sağlıklı çiftler zamanla çözülme evresine girerler. Yadsımanın yerini gerçekler alır, tedavi seçenekleri arayıp birbirleriyle ve çevreleriyle tekrar iletişime geçerler ve davranışlarında barışçıl bir yol izlerler (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). İnfertilite ile ilgili düşüncelerinin işini yapmasına engel olduğunu söyleyen kadınların 1- 2 yıldır infertil olmaları, kadınların bu sınıflamaya göre ilk evlerde olduğunu gösterir. Kadınlar yaşadıkları bu şok, şaşkınlık, inanamama, yadsıma, kızgınlık, anksiyete, eşi tarafından terk edilme endişesi yaşadıkları evrede devamlı bu düşünceleri ile meşgul oldukları için işlerine odaklanamazlar. Bu durum bizim bulgularımızla paralellik gösterir.

Çalışmamızda son yapılan tedavinin ve tedavi sayısının, kadınların işini yapmasına engel olma durumuna etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yapılan tedavinin türü değiştikçe ve sayısı

arttıkça kadınların negatif düşünceleri artar (Collins ark. 1992, Fourquet ve ark. 2010, Hammarberg ve ark. 2001). Tedavi sürecinde negatif düşünce ve stresin artışı beklendiği için, işe engel olma da beklenen bir durumdur. Fakat çalışmamızda farkın çıkmaması tedavi siklus sayısının birbirine yakın olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca her tedavi türünü kadın için benzer önem taşıdığı için işe engel olma durumu benzer çıkmış olabilir.

Kadının tedavi sürecine başlama kararını eşiyle birlikte alması, süreci daha rahat atlatabilmesi için önemli bir konudur. Çalışmamızda tedavi almaya başlamak isteyen kişinin kim olduğunun, kadınların infertilite ve tedavi nedeniyle düşüncelerini kontrol edemeyip, işini yapmasına engel olma durumuna etkisinin olmadığı bulunmuştur. Ayrıca kadınların çoğu tedaviye eşi ve kendi isteği ile başladığını ifade etmiştir. Eş desteği her konuda olduğu gibi bu konuda da gereklidir. Çocuk sahibi olabilmek çiftler için ortak hedeftir. Bu hedefe ulaşmak için birlikte adım atmak önemlidir. Kadınların sadece kendileri ya da sadece eşlerinin isteği ile tedaviye başlamaları aile içi anlaşmazlıklara neden olabilir. Oysa uyumlu bir şekilde hareket eden infertil çiftlerin bu süreci daha rahat atlatabildikleri belirlenmiştir (Şen ve ark. 2014). İnfertilite tedavisi kararının kim tarafından verildiğinin işini yapmasını engellememesi, çiftlerin karar aşamasını atlattıklarından ve artık tedavi sürecine girmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Sonuçlarımızda infertilite nedenini öğrenmiş ya da öğrenmemiş olmanın kadınların iş yerindeki düşünceleri üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. İnfertilite nedenini öğrenmek de öğrenmemek de bazen çiftleri kaygılandırır. Çünkü öğrenmemek, bilinmemezlik korkusunu, öğrenmek de yapılacak girişimlerin korkusunu kadına yaşatır. Her durumda zihnini meşgul eden bu konu, bazı kadınların işini yapmasına engel olabilir. Bu nedene bağlı olarak fark saptanmamış olabilir.

İnfertilite nedeni ile baskı altında hissetmenin düşüncelerinin işini yapmasına engel olma durumuna etkisinin olmadığı bulunmuştur. Çocuk sahibi olamama nedeniyle çiftler kendilerini çoğu zaman baskı halinde hissedeler (Keskin ve Gümüş 2014, Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Çalışmamızda baskı altında olduğunu hisseden kadınların çoğu kendisinden baskı hissettiğini ifade etmiştir. Son yıllarda toplumumuzda ailelerin sosyo-kültürel düzeylerinin artması ile infertil çiftlere olan yaklaşım olumlu yönde değişmiştir. Kadınların en çok kendilerinden baskı hissetmesi, dış baskıların çok fazla hissedilmemesi işlerini yapma durumunu etkilememesine neden olmuş olabilir.

5. 1. 3. İnfertilite ve tedavisinin iş stresi düzeyi puan ortalamalarına etkisi

İnfertilite yılının iş stresi düzeyi puan ortalaması üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 6). İnfertilite ve yardımcı üreme tedavileri ile ilgili yapılan birçok çalışmada infertilitenin, bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu bulunmuştur (Hammarberg 2003, Ünsal ve ark. 2010, Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Bizim çalışmamızda ise tedavi yılının ve tedavi şeklinin iş stresi düzeyi puan ortalaması üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Ayrıca tedavi sayısının da iş stresi düzeyi puan ortalaması üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Tedavi ve sayısındaki artışın literatürde stres düzeyini arttırdığını gösteren birçok çalışma vardır (Lee ve ark. 2010, Peterson ve ark. 2007, Abbey ve ark. 1992, Hammarberg 2003, Bringhenti ve ark. 1997, Peterson ve ark. 2006, Litt ve ark. 1992, Newton ve ark. 1990, Greil 1997, Yılmaz ve Oskay 2015, Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Uğur 2014). Fakat bizim çalışmamızda tedavi sayısının iş stresine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bunun sebebinin özellikle ilk tedaviden sonra tedavi sayısı arttıkça kadınların duruma daha kolay alışmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çiftlerin tedaviye beraber karar vermesi ve buna hazır olunması, kadının yaşadığı iş stresini azalttığı saptanmıştır (Tablo 5). Bunun sebebinin eşler arası uyum ve birbirine karşı olan destek olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı bir aile yapısı ile birbirine karşı destekleyici davranan eşler, hem kendi ruh ve beden sağlıklarını koruyabilir hem de zorlu tedavi şartları gibi zor durumlarla daha kolay baş edebilirler (Yıldırım 2004). Bu da infertilite ve tedavinin yaratacağı stres düzeyini azaltabilir. İnfertil kadınlar ile yapılan bazı çalışmalarda tedavi sürecinde çiftler arasındaki uyum yüksek bulunurken (Bodur ve ark. 2013, Tüzer ve ark. 2010, Şen ve ark. 2014) , bazılarında ise düşük bulunmuştur (Monga ve ark. 2004, Cetişli ve ark. 2014). Bizim çalışmamızda da iş stresi puanının düşük çıkması çiftler tedaviye birlikte karar verdiğinde ve çiftler arasında pozitif uyum olduğunda, iş yaşamının da pozitif etkilendiğini göstermektedir.

Kadınların infertilite nedenini bilmiyor olmasının iş stresini artırdığı saptanmıştır. Bunun sebebinin açıklanamayan infertilitenin neden olduğu bilinmezlik korkusu olduğu düşünülebilir. Açıklanamayan infertilitenin de strese bağlı olduğunu düşünürsek aralarındaki kısır döngü ilişki ile stres puanlarının yüksek sonuçları ilişkilendirilebilir (Agarwal ve ark. 2012).

İnfertilite nedeniyle baskı hissetmenin iş stresi düzeyi puan ortalaması üzerine etkisinin olup olmadığına bakıldığında ise etkisinin olmadığı bulunmuştur. Çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından; çiftler için çocuk sahibi olmak bir gereksinim olarak kabul edilmektedir. Bu durum; hem toplumun kültürel olarak çifte yaptığı

psikolojik baskı, hem de sürekli olarak anne-baba olmak üzere hazırlanan çiftin beklentisinden kaynaklanır. Çocuk sahibi olamayan çiftler çoğu zaman gerek çevrelerinden gerekse kendilerinden baskı hissederek (Sezgin ve Hocaoglu 2014, Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Çalışmamızda baskı hisseden ve hissetmeyen kadınların stres düzeyleri benzer çıkmıştır ve kadınların çoğu kendilerinden baskı hissettiklerini belirtmişler. Toplumumuzda bazen eşlerin anne babaları, her iki taraftan akrabalar ve arkadaşlar da birer stres ve baskı kaynağı olabilmektedirler (Canel 2012). Fakat bu geçmiş yıllara göre daha az görülmektedir. Geniş aileden çekirdek aileye doğru bir geçiş vardır (Ünal 2013). Özellikle kentsel alandaki aileler daha bilinçli olup çiftlere stres yaratmaktan kaçınmaktadırlar. Bu sebeple artık kadınlarda hissedilen baskı azalmıştır.

5. 1. 4. İnfertilite ve Tedavisinin İşten Soğuma/ İşe Gitmek İstememe Durumuna Etkisi

İnfertilite yılının işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7). İnfertilite yılı arttıkça uygulanan tanısal işlemler ve tedavi sayısı artmaktadır. Bunlar da ekonomik sıkıntıları da beraberinde getirir. Kadınların tedavi masraflarını karşılayabilmek için işe gitme isteği olmasa da kendilerini zorladıkları düşünülmektedir.

İşten soğuma/ işe gitmek istememe durumlarını yaşadığını söyleyen kadınların % 20,8' inin ovülasyon indüksiyonu aldığı saptanmıştır. Tedaviler arasında sıralama yaptığımızda, ovülasyon indüksiyonu alan kadınların işten soğuma/ işe gitmek istememe yaşama durumları son sırada yer almıştır. Literatürde infertilite ve tedavisinin kadınlar için zorlu ve stresli bir süreç olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Lee ve ark. 2010, Peterson ve ark. 2007, Abbey ve ark. 1992, Hammarberg 2003, Bringhenti ve ark. 1997, Peterson ve ark. 2006, Litt ve ar. 1992, Newton ve ark. 1990, Greil 1997, Yılmaz ve Oskay 2015, Kırca ve Pasinlioğlu 2013, Uğur 2014). Ovülasyon indüksiyonunun infertilite tedavisinin ilk basamağı olduğunu söyleyebiliriz. IUI ve IVF' de işten soğuma/ işe gitmek istememe durumunun daha fazla yaşandığı saptanmıştır. Tedavinin ilk basamağından son basamağına doğru gidildikçe kişilerin etkilenme durumu ve tedavinin her anlamda yükü arttıracığından kişilerin çalışma hayatını daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Araştırma bulgularımızda da kadınların çoğunun tedavi süreci nedeniyle işyerinden izin almak gerektiğinde sorun yaşadığı ve sorun yaşayan kadınların yöneticisinden korktuğu için izin alamadığı saptanmıştır. Bu verilerin kadınların işten soğuma/ işe gitmek istememe nedeni ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Tedavi siklüs sayısı ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur. Tedavi siklüs sayısı arttıkça işten soğuma/ işe gitmek istememe oranı da artmaktadır. Çiftlerin infertilite ile ilişkili olarak yaşadıkları psikolojik sıkıntılar tedavi sırasında artmaktadır (Deka ve Sarma 2010). Başarısız bir tedavi sonucu yeni bir tedaviye başlayacak olması ise kadının bu zorlu sürece yeniden başlayacağını işaret eder. Birçok çalışmada başarısız tedavi ve tedavinin uzamasının kadınların yaşadıkları sıkıntılarını arttırdığından bahsedilmektedir (Cousineau ve Domar 2007, Baram ve ark. 1988, Dilek ve Beji 2012, Bringhenti ve ark. 1997, Leiblum ve ark. 1998). Keskin ve Gümüş'  n çalışmasında (2014) da özellikle düşük gelir düzeyine sahip çiftlerin başarısız tedavi sonuçları ve tedavinin uzaması, harcamaların daha da artması ile daha fazla stres yaşadıkları, infertilite tedavisine başlanan ilk yıllarda kadınların umutsuzluk yönünden puanlarının daha düşük düzeyde olduğu, buna karşın infertilite tedavisi görme süresi uzadıkça umutsuzluk düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Kadınların tekrar tekrar bunu yaşamaları çalışma hayatını da olumsuz etkileyecektir. Bringhenti ve arkadaşları (1997), Collins arkadaşları (1992), Fourquet ve arkadaşları (2010) ve Hammarberg ve arkadaşlarının (2001) da çalışmalarında infertilite ve tedavi sürecinin çalışma hayatında iş pozisyonunu, iş verimliliğini, kariyeri olumsuz etkilediği bulunmuştur. Sonuç olarak, olumsuz tedavi sonucu yeni tedaviyi getirecek, yeni tedavi çalışma hayatında yeniden zorluklara yol açacak, kadın da yaşayacaklarını tahmin ettiği için içinden soğuyacak ya da işe gitmek bile istemeyecektir.

Çiftlerden hangisinin isteği ile tedaviye başlanıldığının işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu durumun çiftlerin zorlu karar aşamasını atlatmış ve tedaviye başlamış olmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

 nfertilite sürecinin nedenini bilmenin işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisinin olduğu bulunmuştur. İşten soğuma/ işe gitmek istememe yaşayan kadınların çoğunun infertilite nedenini öğrendiği saptanmıştır.  nfertilite nedenini öğrenmek yapılacak tanısall girişimleri, uygulanacak tedavi yöntemini öğrenmeyi de beraberinde getirir. Kadınlar bu süreçte zaman yönetimi yaparak çalışma saatlerini düzenlemek, ilaçlarını düzenli kullanabilmek, gerekli cinsel perhizi yapabilmek gibi uzunca listelenebilecek sorumluluklar yüklenmektedirler (Dilek ve Beji 2012). Tedavi nedeniyle iş yerinden izin almak kadınlar için sorun teşkil etmektedir. Çalışma bulgularımızda kadınların çoğunun çalışma saatleri en az 6 saattir ve iş yerinde vardiyasız çalışmaktadır. Bu bulgulara göre kadınlar mesai saatleri içinde tedavi olmaktadırlar. Kadınların çoğunu tedavi süreci nedeniyle işyerinden izin almak gerektiğinde sorun yaşadığı ve sorun yaşayan kadınların yöneticiden korktuğunu söylemesi kadınların işten soğuma/ işe gitmek istememe yaşamaları ile paralellik göstermektedir. Bu da

tedaviyi aksatabileceğinden kadında strese neden olmakta ve bu stres iş hayatına da yansımaktadır. İş yerlerinde stresle karşı karşıya olanlar da stresli durum ve olaylardan uzaklaşmak isteyerek işe gelmeyebilmektedirler (Demirkıran 2007). Veri toplama sürecinde kadınların sözel olarak ifadelerinde de sırf tedavi sürecinin zorlukları nedeniyle bile işi bırakmayı düşündüğünü söyleyen kadınlar olmuştur. Ayrıca infertilite nedeni tüp tıkanıklığı, uterus anomalisi, ovülasyon bozukluğu gibi organik bir sebepten dolayı bunun tedavisinin girişimsel ya da ilaçla tedavi gibi işlemlere sebep olacağı kadınlar tarafından bilinir. Oysa açıklanamayan infertilitenin sebebinin çoğu zaman stres olduğunu düşündüğümüzde, stres faktörünün kalkmasıyla infertilite durumunun da ortadan kalkacak olması bazen kadın için rahatlatıcı olabilir.

İnfertilite nedeni ile baskı altında hissetmenin işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur. İnfertil olmanın kadın için anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (Yanikkerem ve ark. 2008). Bütün bunlar göz önüne alındığında kadın bu eksikliklerinden dolayı kendisini hep baskı altında hissettikleri düşünülmektedir. Kuş'un (2008) çalışmasında kadınların önemli bir kısmının infertilite nedeni ile kendini suçladığı bulunmuştur. Taşçı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında infertil çiftlerin çoğunun (% 83.3) baskı hissettiklerini bildirmiştir. Lau ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada da infertil çiftlerin çoğunun infertiliteden dolayı kendilerini baskı altında hissettikleri bulunmuştur. Araştırmamızda kadınların çoğunun baskı hissettikleri ve baskı hisseden kadınların iş hayatının bu durumdan etkilenmediği bulunmuştur. Kadınların çoğunun çalışma hayatının yoğunluğu nedeniyle, hissettiği baskıyı düşünmemesinin, işten soğuma/ işe gitmek istememe yaşamamasına neden olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

İnfertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıkları deneyimleri saptamak amacıyla, İzmir’ de Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi infertilite polikliniklerine gelen 200 infertil kadınla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

6.1.1. İnfertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatına ilişkin yaşadıklarının sonuçları

- ✓ Kadınların çoğu (%50.0) son yapılan tedavi süreci boyunca 2- 5 gün iş yerinde devamsızlık yaptığı,
- ✓ Tedavi süreci nedeniyle kadınların % 53.0’ ı işyerinden izin almak gerektiğinde sorun yaşamış olup, en çok yaşanan sorunun (%33.0) ise yöneticisinden korkmaktan kaynaklandığı,
- ✓ Çoğu kadının (%76.5) infertilite tedavisi ile ilgili düşüncelerinin işini yapmasına engel olduğu
- ✓ Kadınların % 52,0’ ının işinde odaklanma sorunu yaşadığı ve bu odaklanma sorununun zaman dilimi olarak çoğunluğunda (%66,4) tedavi boyunca yaşandığı,
- ✓ Kadınların %12.0’ ının kariyerindeki ilerleyişin bu süreçten etkilendiği, etkilenenlerin %91.7’ sinin bu sürecin kariyerini olumsuz etkilendiği,
- ✓ Çalışma ortamında genel stres yaşama düzeyine bakıldığında, kadınların %32.5’ inin orta düzeyde stres yaşadığı,
- ✓ Tedaviye ilişkin yaşanan iş stresi düzeyi puan ortalamasının 4.16 ± 2.709 olduğu,
- ✓ Kadınların % 87.5’ inin sorunlarını iş arkadaşları ile paylaşmada sorun yaşadığı, en çok (%76.0) kendilerinin arkadaşları tarafından anlaşılmadığını hissettikleri için sorun yaşadıkları,
- ✓ Kadınların % 67.0’ ının sorunlarını yöneticisi ile paylaşmada sorun yaşadığı, bu sorunun çoğunlukla (%51.5) cinsiyet farkından kaynaklandığı,
- ✓ Çoğu kadının (%88.5) tedavi için gerekli enjeksiyonu iş yerinde yapabildiği, İş yerinde enjeksiyonu yapamayanların %43.5’ inin uygun şartların olmaması nedeniyle yapamadığı
- ✓ Kadınların % 44.3’ ünün verimsizlik yaşadığı, çoğunun (%83.5) devamsızlık yapmak zorunda kaldığı, %10.9’ unun iş doyumsuzluğu, %5.5’ inin çatışma yaşadığı, %29.9’ u işten soğuduğunu/ işe gitmek istemediğini ifade ettiği belirlenmiştir.

6.1.2. İnfertilite ve tedavisi ile ilgili düşüncelerin işini yapmasına engel olma durumu

- ✓ İnfertilite yılı 1- 2 yıl olan kadınların kadınların %31.9' unun infertilite tedavisi ile ilgili düşünceleri işini yapmasına engel olmaktadır.
- ✓ Son yapılan tedavi, tedavi sayısı, infertilite tedavisi almaya kimin isteği ile başlanmış olması, infertilite nedenini öğrenme durumunu ve infertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumunun infertilite tedavisi ile ilgili düşüncelerin işini yapmasına engel olma durumu üzerine etkisine baktığımızda aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Son yapılan tedavi için; $p= 0.850$, tedavi sayısı için; $p= 0.912$, infertilite tedavisi almaya başlamak isteyen kişi için; $p= 0.241$, infertilite nedenini öğrenme durumu için; $p= 0.116$, infertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumu için $p=0.689$).

6.1.3 İnfertilite ve tedavisinin iş stresi düzeyi puan ortalamaları üzerine etkisi

- ✓ Kadınların infertilite yılı, son yapılan tedavi ve tedavi sayısı ile iş stresi düzeyi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (İnfertilite yılı için; $p= 0.277$, son yapılan tedavi için; $p= 0.607$, tedavi sayısı için; $p= 0.452$).
- ✓ İnfertilite tedavisi almaya eşi ve kendi isteği ile başlayanların iş stresi düzeyi puan ortalaması daha düşük,
- ✓ İnfertilite nedenini öğrenemeyenlerin öğrenenlere göre iş stresi düzeyi puan ortalamasının daha yüksek bulunmuştur.

6.1. 4. İnfertilite ve tedavisinin işten soğuma/ işe gitmek istememe üzerine etkisi

- ✓ İnfertilite yılı ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.292$).
- ✓ İşten soğuma/ işe gitmek istememe yaşıyorum diyen kadınların % 20.8' inin ovülasyon indüksiyonu aldığı,
- ✓ Tedavi sayısı azaldıkça işten soğuma/ işe gitmek istememe oranının da azaldığı,
- ✓ Tedavi almaya başlamak isteyen kişi ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.776$).
- ✓ İnfertilite nedenini öğrenenlerin çoğunun (% 75.0) işten soğuma/ işe gitmek istememe durumunu yaşadıkları belirlenmiştir.
- ✓ İnfertilite nedeni ile baskı altında hissetme durumu ile işten soğuma/ işe gitmek istememe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p= 0.974$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

6.2.1. Uygulamaya yönelik öneriler

- ✓ Hemşireler (iş yeri hemşiresi) tarafından İşverenler infertilite ve tedavi süreci hakkında (tedavinin devamsızlık gerektirebileceği, iş stresine neden olabileceği, maddi yükünün ağır olduğu konularında) bilgilendirilmeli, çalışanlarına bu konuda daha empatik yaklaşımları konusunda eğitim verilmelidir.
- ✓ İnfertil kadınların değerlendirilmesinde ve destekleyici yaklaşımların planlanmasında, çalışma hayatı ile ilgili olan bu özellikleri de dikkate alınmalıdır.
- ✓ Özellikle infertilite sürecinin ilk yıllarında olan kadınlara, bu zorlu yolculuğu daha rahat atlatabilmeleri için, süreç hakkında bilgi ve danışmanlık verilmelidir.
- ✓ Kadınlar infertilite ve tedavi sürecinin getirmiş olduğu zorluklara karşı kendilerini çalışma hayatına vermeleri, kariyerlerindeki fırsatlara yönelmeleri hakkında cesaretlendirilmelidir. Bu durumun onlar için bir fırsat olabileceği konusunda danışmanlık verilmelidir.
- ✓ İnfertil kadınları infertilite nedeniyle oluşabilecek iş stresi konusunda bilgilendirmeli, bireyin stresle başa çıkma yöntemlerini değerlendirmeli, stresle başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile ilgili bilgilendirme yapmalı, bireyin uygun başa çıkma yöntemlerine karar vermesine yardım ederek kendisine bir yol çizmesine yardımcı olmalıdır.
- ✓ Kadınlar iş stresi ve işteki olumsuzlukları azaltmak için masaj, akupunktur, tamamlayıcı tıp, hobi, spor veya gönüllülük işleri gibi aktiviteler için cesaretlendirilmelidir

6.2.2. Araştırmacılara yönelik öneriler

- ✓ İnfertilite ve tedavi sürecinin çalışma hayatını nasıl etkilediği kalitatif araştırma yöntemi ile incelenebilir.
- ✓ Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında karşılaştırma yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

Abbey A, Halman L, Andrews F. Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility, *Fertil Steril* 1992;57: 122- 128

Agarwal A. , Mellado A. A. , Premkumar B. J. , Shaman A. ve ark. , The effects of oxidative stress on female reproduction: A review, *Reproductive Biology and Endocrinology* 2012, 10: 49

Ak G. , Aksu MF. İnfertil çiftlerin depresyon durumları ve başa çıkma yollarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001

Altunduğ K. , Kızılırmak A. , Başer M., Ege E. , İnfertil çiftlerde kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; Cilt:7, Sayı:21

American Society For Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama, Intracytoplasmic sperm injection (ıcsı) for non-male factor infertility: a committee opinion, *Fertil Steril* 2012;98: 1395–9.

Akın H. , Kontrollü overyan hiperstimulasyon uygulanan infertil olgularda gnrh antagonist ve agonist uzun protokollerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2005

Aksakal M. Z. T. , Sütçü M. , Gökçay G. , Baysal S. U. , Edinsel inmemiş testis: Vaka sunumu, *Çocuk Dergisi* 2009; 9(2):91- 9 2

Aktaş H. , Derin teratozoosperminin ICSI’de gebelik sonuçları üzerindeki etkisi, Uzmanlık Tezi, 2007

Akyuz A. , Gürhan N. , Bakır B. , development and validation of an infertility distress scale for turkish women, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008: 7(6) :469- 476

Altıntoprak E. , , Karabilgin S. , Çetin Ö. , Kitapçıoğlu G. ve ark. , Hemşirelerin iş ortamlarındaki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri:

yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması, Türkiye'de Psikiyatri 2008;10(1):9- 17

Aşçı Ö. , Kızılkaya Beji N. , İnfertilite danışmanlığı, İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi 2012; Cilt 20 - Sayı 2: 154- 159 ISSN 1304- 4869 Derleme Yazısı

Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Huang K. Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization, J Psychosom Obstet Gynaecol 1988; 9: 181- 190

Baran Y. Ş. , Polikistik over senromlu infertil hastalarda ovulasyon indüksiyonunda metformin ve klomifen sitratın karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009

Barın H. ,Yıldırım B. , Karakaya F. , Ataman M. ve ark. , Hiperprolaktineminin infertilitedeki yeri ve hiperprolaktinematik hipogonadizm sendromları, The Eurasian Journal of Medicine, Formerly Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, Erişim: 23.01.2015, <http://www.eajm.org/sayilar/65/buyuk/14.pdf>

Barut Y. , Özkamalı E. , Tıngır S. , Çalışan kadınlarla çalışmayan kadınların stresle başa çıkma yolları, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2010; Cilt: 3, Sayı: 14

Başbuğ M. , Arıkanoglu Z. , Postoperatif peritoneal yapışıklıkların oluşumu ve klinik önemi, Klinik Ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2010, Cilt: 1, Sayı: 2, 134-137, <http://www.jceionline.org/upload/sayi/2/jcei-00621.pdf>

Beksaç M. S. , Demir N. , Tuncer S. , Hassa H. ve ark. , Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite Ve Jinekolojik Onkoloji, Ankara, 2006; 784- 1205

Bringhenti F. , Martinelli F. , Ardenti R. , La Sala G. B. , Psychological adjustment of infertile women entering ivf treatment: Differentiating aspects and influencing factors, Acta Obstet Gynecol Scand1997 Mayıs; 76(5):431- 7

Bodur N. E. , oşar B. , Erdem M. , İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değışkenlerle ilişkisi. ukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2013;38(1):51-62

Boğatekin M. C. ve Ozan E. , Varikoselli hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası sperm morfolojisi değlendirmesi, F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg. 2013; 27 (1): 01- 08

Boyar İ. H. , Kadın infertilitesi ve endokrinolojik hastalıklar, Dicle Tıp Dergisi 2013; 40 (4): 700- 703

Canel A. N. , Evlilikte iletişim ve yaşam becerileri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Üçüncü baskı, İstanbul, 2012

Cemal H. , Karatekelioğlu E. , Atar E. , Erkek fertilitisini etkileyen beslenme, çevresel faktörler ve diğr nedenler (electronic journal), Erişim: www.androloloji.org.tr, Derleme, Erişim tarihi: 02.11.2014

Cetişli E. N. , Serçekuş P. , Oğuz N. , Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2014; 16(3): 38- 47

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneğı (CETAD), Gençlik ve cinsellik bilgilendirme dosyası 2006; Sayı: 7, İstanbul

Civil B. , Yıldız H. , Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri, DEUHYO ED 2010, 3(2)

Collins A, Freeman E. W. , Boxer A. S. , Tureck R. , Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males enteringin vitro fertilization treatment, Fertil Steril. 1992; Feb;57(2):350- 6

Cousineau TM, Domar AD, Psychological impact of infertility, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21: 293- 308

Çağlar B. , İnfertil olgularda gonadotropinli süperovulasyon siklusları ile klomifen sitratlı minimal stimülasyon sikluslarının sonuçları, Uzmanlık Tezi, 2005

Çakır Ö. , İşini kaybetme kaygısı: İş Güvencesizliği, Çalışma Ve Toplum, 2007/1, Sayı:12

Çiçek N. ve Mungan T. , Klinikte obstetrik ve jinekoloji, Ankara, 2007; 833- 937

Dağ H. , Kavlak O. , Şirin A. , Neuman sistemler modeli ve infertilite stresörleri, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014;6(2)

Demiral Y. , Ünal B. , Kılıç B. , Soysal A. ve ark. , İş stresi ölçeğinin izmir konak belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan 2007, Cilt: 26, Sayı: 1

Demirel A. , Güven S. , Timur G. , İnfertilitede tubo-peritoneal faktör, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(3) 199- 202

Deka P. K. , Sarma S. , Psychological aspects of infertility, British Journal Of Medical Practitioners (BJMP) 2010; 3 (3): A336

Demirci H. , İnfertilitenin çiftler üzerinde psikososyal ve psikoseksüel etkileri, infertilite sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Editör: NK Beji 2001, İstanbul, 104- 117

Demirkıran M. , Stres kaynakları ve askeri örgütlerde stres yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yüksek Lisans Programı, 2007

Dilek N. , Beji N. K. , Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2012; 9 (1): 24- 29

Durdağ D. G. , Berker B. , Over rezervinin değerlendirilmesi, Derleme, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18(4):254-65

Erdemir F. , Fırat F. , Gençten Y. , Sperm morfolojisinin değerlendirilmesi ve klinik önemi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tokat, Turk Urol Sem 2011; 2: 11- 7

Erdoğan S. , Çöğendez E. , Eken M. , Keyif B. ve ark. , Kontrollü ovulasyon indüksiyonu ve intrauterin inseminasyon tedavisi alan infertil hastalarda gebelik oranlarını etkileyen faktörler, İKSST Derg 2015; 7(1):1- 7, Doi:10.5222/İksst.2015.001

Erdoğan T. , Ünsar S. , Süt N. , Stresin Çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y., 2009; C.14, S.2 S.447- 461.

Fourquet J. , , Gao X. , Zavala D. , Orengo J. C. ve ark. , Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life, Fertil Steril. 2010 May 1; 93(7): 2424–2428. Doi:10. 1016/J. Fertnstert.2009.09.017

Greil AL. , Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Sco Sci Med 1997; 45: 1679- 1704

Hammarberg K. , Astbury J. , Baker H. W. G. , Women's experience of ivf a follow-up study, Human Reproduction 2001; Vol. 16, No.2 Pp 374- 383

Hammarberg K. , Stress in assisted reproductive technology: İmplications for nursing practice. Human Fertility 2003; 6: 30- 33

Hassa H. , Endometriosis- infertilite ilişkisi ve tedavi sınırları, Tjod Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004;8: 182- 187

Jonathen S. Berek, Çeviri Editörü: Erik A. , Demirtürk F. , Berek & Novak Jinekoloji, , İstanbul, 14. Baskı, 2011; 1185- 1259

Kadıoğlu A. (Çeviri Editörü), Who laboratuvar el kitabı insan semeninin incelenmesi ve işlemlerden geçirilmesi, , Türk Üroloji Derneği 2011; Beşinci Basım

Kalantaridou N. S. , Makrigiannakis A. , Zoumakis E. , Chrousos P. G., Stres and female reproductive system, Journal Of Reproductive Immunology, J Reprod Immunol. 2004 Jun;62(1- 2):61-8

Kale E. , Özer S. , İşgörenlerin çok yönlü ve sınırsız kariyer tutumları: Hizmet sektöründe bir araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İibf Dergisi, Ekim 2012; 7(2),173- 196

Kamath S. M. , Bhattacharya S. , Demographics of infertility and management of unexplained infertility, Best Practice & Research Clinical Obstetrics And Gynaecology 2012; 26 (2012) 729–738

Karaca A. , Ünsal G. , İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):80-85

Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Dorul A. ve ark. , Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4):311- 322

Kayıkçı A. M. , Çam K. H. , Akman Y. , Erol A. , Erkek infertilitesini değerlendirmede semen analizinin özellikleri ve rolü, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 4 (3): 35-38.35

Kavlak O. , Saruhan A. , İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi, Ege Tıp Dergisi 2002; 41 (4): 229- 232

Keskin G. , Gümüş A. B. İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal Of Psychiatric Nursing 2014;5(1):9-16

Kılınç A. R. , Çukurova Üniversitesine başvuran infertil çiftlerde in vitro fertilizasyon endikasyonları, Uzmanlık Tezi, 2007

Kırca N. ve Pasinlioğlu T. , İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry 2013; 5(2):162-178, Doi:10. 5455/Cap. 20130511

Kılıç S. , Beytur A . , Altunoluk B. , Beytur L. ve ark. , İnfertilite nedeniyle eş spermi ile uygulanan 78 intrauterin inseminasyon (İui) siklusunun sonuçları ve İÜİ başarısını etkileyen faktörler: Retrospektif bir çalışma, Türk Üroloji Dergisi 2005; 31 (4): 516-523

Kılıçdağ E. B. , Bağış T. , Haydardedeoğlu B. , Tarım E. ve ark. ,İntrauterin inseminasyon (İui) sikluslarında gebelik sonuçlarını etkileyebilecek prognostik faktörler, 2005; Cilt: 2 Sayı: 3 Sayfa: 223- 228, [Http://Www.Journalagent.Com/Tjod/Pdfs/TJOD_2_3_223_228.Pdf](http://Www.Journalagent.Com/Tjod/Pdfs/TJOD_2_3_223_228.Pdf)

Kızılkaya Beji N. , İnfertilite hemşireliği, İnfertilite Hemşireliği Derneği, 2009, İstanbul

Koçyigit O. T. , İnfertilite ve sosyokültürel etkileri, İnsanbil Derg. 2012, 1: 27- 38

Koluçak S. , Güneş G. , Pehlivan E. , İnönü üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17 (1) 7-14

Kubilay G. , İşyeri hemşireliği ve görevleri, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2003, Erişim: 04.08.2015

Kuş C. , İnfertilite Durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008

Lau, J.T.F, Wang, Q, Cheng, Y. , Kim, J.H. ve ark. , Infertility related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples, Journal Of Sex & Marital Therapy 2008, 34: 248- 267

Lee G. L. , Choi W. H. H. , Chan C. H. Y. , Chan C. L. W. ve ark. , Life after unsuccessful ivf treatment in an assisted reproduction unit: Aqualitative analysis of gains through loss among chinese persons in Hong Kong, Human Reproduction 2009; Vol.24, No.8 Pp. 1920–1929

Lee SH, Wang SC, Kuo CP, Kuo PC ve ark. , Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. Scand J Caring Sci 2010;24: 507- 13

Leiblum S. R. , Aviv A. , Hamer R. , Life after infertility treatment: A long- term investigation of marital and sexual function, Human Reproduction 1998; Vol. 13 No. 12 Pp. 3569- 3574,

Litt M. , Tennen H. , Affleck G. , Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. J Behav Med 1992;15: 171- 177

Monga M. , Alexandrescu B. , Katz S. E. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, And Sexual Function. Urology 2004;63(1):126- 130

Mütevellioglu N. , İşsizlik korkusu, Sendikaların İşlevselliği Ve Sendikal Örgütlenme Hakkı, V. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu, 2013, Erişim: 28.07.2015

Newton C, Hearn M, Yuzpe A. , Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure. Fertil Steril 1990;54: 879- 886

Nurdan Demirci N., Coşkuner Potur D. , Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları, F.N. Hem. Derg 2014; Cilt 22 - Sayı 1: 39- 45 ISSN 2147- 4923, Derleme Yazısı

Peterson BD, Newton CR, Feingold T. , Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment, Fertility And Sterility 2007; Vol. 88, No. 4

Peterson BD, Newton CR, Rosen KR, Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stres, Human Reprod 2006;21: 2443- 2449

Pilavcı, D. , Bilgi çağında değişen kariyer anlayışı ve üniversite öğrencilerinin kariyer tercihlerini etkileyen faktörler üzerine bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, 2007

Polat Ö. , Gündoğdu C. , Gül O. ve ark. , İnfertil erkeklerde bilateral testis biyopsisinin önemi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 1997;17(2):128- 30

Seibert S. E. , M. L. Kraimer, J. M. Crant, “What do proactive people do? A longitudinal model unking proactive personality and career success”, Personnel Psychology 2001; 54, 845- 874

Sezgin H. , Hocaoglu Ç. , İnfertilitenin psikiyatrik yönü psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(2):165- 184 doi: 10. 5455/cap. 20131001091415

Speroff L. , Fritz A. M. , Çeviri Editörü: Erik A. ve Gunalp S., klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite, 7. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2007; 1013- 1215

Şen F. , Aydın A. , Kanseri tedavisine bağlı geç yan etkiler, Klinik Gelişim, 2011; 24: 30- 32, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_243/7.pdf

Şen E. , Bulut S. , Şirin A. , Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi, F.N. Hem. Derg 2014; Cilt 22 - Sayı 1: 17- 24 Issn 2147- 4923

Şerefoğlu C. E. , Bilgisayar yardımcı sperm analizi, Kızıltepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mardin, Turk Urol Sem 2011; 2: 8- 10

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu, J Turk Obstet Gynecol Soc. 2008, 2: 105- 10

Terzioğlu F. , Yaşam tarzının kadın fertilitesine etkisi, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/turkce/sayfadosya/yasam_tarzinin_fertilite_uzerine_etkisi.doc, Erişim: 06.10.2014

Terzioğlu F. , Yüce L. Ç. , Karatay G. , Sigara ve infertilite, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Birinci Basım, Ankara, 2008

Tomlinson MJ, Amissah-Arthur JB, Thompson KA, Prognostic indicators for intrauterine insemination (IUI): Statistical model for IUI success. Hum Reprod. 1996; 11: 1892- 1896

Tüzer V. , Tuncel A. , Göka S. , Doğan B. S. ve ark. , Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. Turk J Med Sci 2010;40(2):229- 237

Turunç Y. , Fabrika işçilerinde stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Erişim: 24.06.2015

Uğur A. S. , İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına etkisi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014

Ulusoy S. , Adneksiyal kitlelerin malign-benign ayrımında malignansi riski endeksi (Rmı)'Nin prospektif araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005

Ünal S. , Kargın M. , Akyüz A. , İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler, TAF Prev Med Bull 2010; 9(5):481-486

Ünal V. , Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye geçiş sürecinde boşanma sorunu ve din, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2013; Cilt: 6 Sayı: 26

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

Yıldırım F. , Buluç B. , Sınıf öğretmenlerinin stres kaynakları ve başetme yolları (Kilis İli Örneği), Sempozyum: Xviii. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 2009, Erişim: 16.07.2015

Yıldırım İ. , Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi, Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi 2004; 3 (22), 19- 25

Yılmaz T. , Oskay Y. Ü. , infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları, Derleme Hsp 2015;2(1):100- 112

Wirtberg I. , Möller A. , Hogström L. , Tronstad S. E. ve ark. , Life 20 years after unsuccessful infertility treatment, Human Reproduction 2006; Vol.22, No.2 Pp. 598–604, 2007 Doi:10. 1093/ Humrep/Del401 Advance Access Publication November

8. EKLER

Ek.1. Tanıtıcı Bilgi ve Jinekolojik Öykü Formu

1. Tarih:
2. Adınız – Soyadınız:
3. Tel:
4. Yaşınız:
5. Eğitim Durumunuz
 - a) İlkokul
 - b) Lise
 - c) Ön Lisans
 - d) Lisans
 - e) Yüksek Lisans
 - f) Doktora
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) İlkokul
 - b) Lise
 - c) Ön Lisans
 - d) Lisans
 - e) Yüksek Lisans
 - f) Doktora
7. Gelir durumunuz nedir?

.....
8. Yaşadığınız aile tipi?
 - a) Geniş aile
 - b) Çekirdek aile
9. Evlilik biçiminiz?
 - a) Görücü usulü
 - b) Tanışarak
10. Kaç yıldır evlisiniz?
 - a) 1 yıl
 - b) 1- 5 yıl
 - c) 5 ve daha fazlası
11. Düzenli adet görüyor musunuz?
 - a) Evet

(Cevabınız evet ise kaç günde bir olduğunu belirtiniz)

 - b) Hayır
12. Akıntı, ara kanama gibi jinekolojik yakınmalarınız oluyor mu?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Kadın doğum ile ilgili herhangi bir hastalığınız var mı?(endometriyozis, miyom, polip, genital yol enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları vb.).
 - a) Evet

(Cevabınız evet ise ne olduğunu belirtiniz)

 - b) Hayır

14. Haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?
15. Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
16. Cinsel ilişki sırasında sorun yaşıyor musunuz?
a) Evet
(Cevabınız evet ise ne olduğunu belirtiniz)
b) Hayır
17. Kaç yıldır korunmasız ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamıyorsunuz?
18. Çocuk sahibi olabilmek için hangi tedavi yöntemlerini kullandınız?
19. Tedavi almaya kimin isteği ile başladınız?
a) Benim b) Eşimin c) Her ikimizin d) Diğer.....
20. Bu sürede kurum ya da hekim değişikliği yaptınız mı?
1. Evet (kaç kez)..... b) Hayır
21. Tedavi masraflarınızı kim karşılıyor?
a) Kendim b)Eşim c)Her ikimiz d) Ailem ve yakınlarım destek oluyor
e) Diğer.....
22. Sosyal güvenceniz var mı?
b) Evet b) Hayır
23. Çocuk sahibi olamamanızın nedenini öğrendiniz mi?
a) Evet b) Hayır
24. Çocuk sahibi olamamanızın nedeni nedir?
.....
25. Çocuk sahibi olamama nedeni ile baskı altında olduğunuzu hissettiniz mi?
a) Evet b) Hayır
Cevabınız evet ise en yoğun baskıyı kimden hissettiniz?
a) Kendimden b) Eşimden c) Kendi ailemden d) Eşimin ailesinden
e) Arkadaşlarımdan f) İş yerimden
g) Diğer(Açıklayınız).....

Ek.2. Çalışma Hayatı İle İlgili Bilgi Formu

- 1- Mesleğiniz
- 2- İşiniz
- 3- Çalıştığınız süre yıl olarak ne kadar?
 - a) 1 yıldan az
 - b) 5 yıl arası
 - c) 5- 10 yıl
 - d) 11 yıl ve üzeri
- 4- Günlük çalışma saatleriniz nasıl?
- 5- İşinizde vardiya sistemi var mı?
 - a) Var, vardiyalı çalışıyorum(Cevabınız var ise gece mi gündüz mü ya da değişiyor mu belirtiniz).....
 - b) Vardiyasız çalışıyorum
- 6- Haftalık çalıştığınız süre ne kadar?
.....
- 7- Çalışma saatleriniz tedavi sürecinizi etkiliyor mu?
 - a) Evet b) HayırCevabınız evet ise nasıl etkilediğini açıklayınız
- 8- Son yapılan tedavi süreciniz boyunca kaç gün işinizde devamsızlık yapmak zorunda kaldınız?
 - a) 1 gün b) 5 gün c) 5 günden fazla
- 9- Tedavi süreciniz nedeniyle işyerinden izin almanız gerektiğinde sorun yaşıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) HayırCevabınız evet ise nedeni nedir?
 - a. Yöneticimden korktuğum için
 - b. Kendim için izin almakta zorlandığım için
 - c. Arkadaşlarımla sürekli sorun yaşadığım için
 - d. İş üretimimde azalma olduğu için
 - e. Diğer.....
- 10- İnfertilite tedavisi ile ilgili düşünceleriniz işinizi yapmanıza engel oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

11- İnfertilite nedeniyle işlerinize odaklanma sorunu yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise, özellikle odaklanma sorunun tedavinin hangi sürecinde daha çok yaşıyorsunuz?

- a) Tedavim boyunca yaşadım
b) Tedavi olduğum süreç dışında sürekli yaşıyorum
c) Daha çok kendime iğne yapmak zorunda olduğum dönemlerde yaşıyorum
d) Gebelik testi için beklediğim süreçte yaşıyorum
e) Diğer

12- Kariyerinizdeki ilerleyiş bu süreçten etkilendi mi?

- a) Evet

(Cevabınız evet ise olumlu ya da olumsuz olarak belirtiniz).....

Olumlu ise nasıl.....

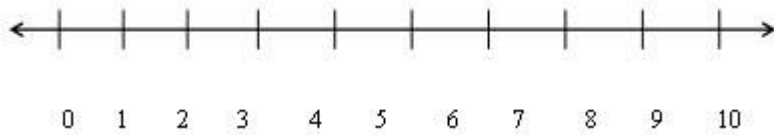
Olumsuz ise nasıl.....

- b) Hayır

13- Çalışma ortamınızda stres yaşıyor musunuz?

- a) Evet az düzeyde
b) Evet orta düzeyde
c) Evet yoğun düzeyde
d) Hayır yaşamıyorum

14- Tedavi sürecine bağlı olarak yaşadığınız iş stresi düzeyini puan ile belirtecek olursanız 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?



15- Sorunlarınızı iş arkadaşlarınız ile paylaşmada sorun yaşıyor musunuz?

- a) Evet

(Cevabınız evet ise nedenini yazınız).....

- b) Hayır

16- Tedaviniz ile ilgili sorunlarınızı yöneticiniz ile paylaşmada sorun yaşıyor musunuz?

a) Evet
(Cevabınız evet ise nedenini yazınız).....

b) Hayır
17- Tedaviniz için gerekli enjeksiyonu (iğneyi) iş yerinizde yapıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

(Cevabınız hayır ise nedenini yazınız).....

18- İnfertilite veya tedavi süreciniz iş yerinizde aşağıdaki durumlardan hangilerine yol açıyor? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Verimsizlik

b) Verimlilik

c) Devamsızlık

d) İşe geç gitme

e) İş doyumsuzluğu

f) Çatışma

g) İşten soğuma ve işe gitmek istememe

h) Mesleki tükenmişlik

i) Kariyerde ilerleme

j) Hiçbiri

k) Diğer

Ek.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Bayan

Ben DEU Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda yüksek lisans öğrencisi Gamze DURMAZOĞLU. Danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT ile birlikte tez çalışması yürütmekteyiz. **“İnfertilite ve Tedavisinin Kadınların Çalışma Hayatına Etkisi”** isimli Yüksek Lisans tez çalışmamızın amacı infertilite ve tedavisinin kadınların çalışma hayatına etkisini saptamaktır. Bu çalışmayı 196 gönüllü kadın ile yapmayı planladık. Bu amaçla sizden tanıtıcı bilgileriniz, jinekolojik öykünüz ve çalışma hayatınız ile ilgili sorular içeren formları doldurmanız istenmektedir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak sizin 20- 30 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme gibi bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Araştırmanın beklenen yararı, infertilite tedavisi gören kadınların çalışma hayatındaki deneyimleri inceleyerek ve bu sürecin daha olumlu geçmesi için yapılması gereken girişimler konusunda infertilite hemşirelerine ve ekibe bilgi sağlamaktır.

Ben..... katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):

Araştırıcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Tarih(gün/ay/yıl):

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih(gün/ay/yıl):

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Ek.4. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



04.03.2015*002599

.../.../2015

Sayı : 82010743-622.99



Konu :YARD. DOÇ. DR. MERLİNDİ ALUŞ
TOKAT

TC.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 13/02/2015 tarih ve 229 sayılı yazı.

İlgi yazınızda belirtilen Yard. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'ın çalışması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim

Mithatpaşa Cad. No: 1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova / İzmir
Telefon: +90 (232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 412 97 97
E-Posta: burcu.ozgur@deu.edu.tr Elektronik Ağ: http://hastane.deu.edu.tr/

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Burcu ÖZGÜR
Memur

Ek.5. Ege Doğum Evi Eğitim Araştırma Hastanesi İzni

02024124170 P 1/2

İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ EĞİTİM HİZMETLERİ BİRLİĞİ

20.03.2015 16:16 - 67938315 / 799 / 3278

02024124170

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 67938315/799

Konu : Gamze Durmazoğlu'nun Tez Çalışması İlk, /6\

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans öğrencilerinden Gamze DURMAZOĞLU'nun, Yrd. Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT danışmanlığında hazırladığı "İnfertil Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfertilite merkezlerinde (infertilite polikliniği ve üremeye yardımcı tedavi merkezi) yapabilmesi hususunda;

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Dr. Namık Kemal KUBAT
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2015

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

Ömer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - İzmir
Ayrıntı ★ ı için: derya.dokumaci@sağlık.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evinin elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden e7f26338-2dnc-4dec-89d3-207bc7f89696 kodu ile erişebilirsiniz.

25-MAR-2015 15:35 From:kuzeyidarihizmetler ID:02324124798 Page:001 R:93%

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1964-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertil Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/06-14	Tarih:26.02.2015
	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "İnfertil Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, aşağıdaki eksikliklerin tamamlanmasından sonra tekrar görüşülmesine karar verilmiştir. -Çalışma başlığında belirtilen "İnfertil Kadınların" ifadesinin "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların" olarak amaçla uyumlu şekilde değiştirilmesi .	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIşMA ESASI	Dokuz Eylöl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakóltesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.ř.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOğLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakóltesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakóltesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan IşIK	Geriatri	DEU Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakóltesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakóltesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakóltesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakóltesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAğ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakóltesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEşLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakóltesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakóltesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1964-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/07-29	Tarih:05.03.2015
	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, aşağıdaki eksikliklerin tamamlanmasından sonra tekrar görüşülmesine karar verilmiştir. - Etik Kurul onayı öncesi izin alınabildiği için, D.E.Ü. Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinden izin belgesi alınması gerekmektedir.	
	ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılabadı</i>
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>S. Özkardeşler</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet Can</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet Erhan</i>

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1964-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/08-22	Tarih:12.03.2015
	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın yapılacağı ilgili kurumdan izin belgesi alınması koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriyatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılabadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>M. Güneli</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılabadı</i>
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Sefa</i>
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Sevda</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılabadı</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Mehmet</i>

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1964-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/10-41	Tarih:02.04.2015
	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat'ın sorumlusu olduğu "İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait 01.04.2015 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişin olarak; -Kurum izin belgeleri incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIşMA ESASI	Dokuz Eylöl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Faköltesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.ř.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Faköltesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Faköltesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Faköltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Faköltesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan IşIK	Geriatri	DEU Tıp Faköltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Faköltesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Faköltesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Faköltesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Faköltesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Faköltesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEşLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Faköltesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Faköltesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylöl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1964-GOA	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Çalışma Hayatına İlişkin Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Merlinda Aluş Tokat Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı dilekçesi	30.07.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Karar No:2015/13-40		Tarih:26.07.2015			
Yardı.Doç.Dr.Merlinda Alay Tokat'ın sunumunda olduğu "Infertilite Tedavisi Gözün Kadınlarda Çalışma Hayatına Baskın Yaşadıkları Deneyimlerin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait 30.07.2015 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma başlığının "Infertilite ve Tedavisinin Kadınlarda Çalışma Hayatına Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili belgeler incelenerek ilgili ediminin ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İhtiyat Yürürlüğü					
İvi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırmanın İle İlgili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOĞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Katıbaşı</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katıbaşı</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevinç</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞ-TEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katıbaşı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katıbaşı</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Nihal</i>
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevda</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Erhan</i>

Ek.7. Özgeçmiş

Adı Soyadı:	Gamze DURMAZOĞLU
TC Kimlik No:	13201644270
Doğum Tarihi:	28.05.1989
Yazışma Adresi :	4070 Sok. No: 25 Yunus Emre Mah. Karabağlar/ İZMİR
Telefon :	05358574137
e-posta :	gmz2805@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke Derece	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Adnan Menderes Üniversitesi	Aydın Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2012
TR	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Yüksek Lisans	2013-Halen

MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Özel Şifa Üniversitesi Hastanesi	TR	İzmir	Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	Hemşire	2012- 2013
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	TR	İzmir	Dahiliye Yoğun Bakım	Hemşire	2013- Halen

BİLİMSEL YAYIN

Yer	Ülke	Şehir	Yayın	Konu	Yıl
1. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi	Türkiye	İzmir	Poster Sunumu	İnfertilite ve Fiziksel Aktivite	2014

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

Kongre/Toplantı	Ülke	Şehir	Program/Kurs	Yıl
12. Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu	Türkiye	İzmir	Katılımcı	2015
Hypnobirthing Fertilite Destek Sertifika Programı	Türkiye	İzmir	Katılımcı	2014
6. Aydın Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Günü	Türkiye	Aydın	Katılımcı	2011