

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, çiftin yaşamının bir çok alanını etkisi altına alan ve çözömlenmediğı sürece bu etkilerin şiddetlenerek devam ettiğı yaşamsal bir kriz durumudur. Bu nedenle çiftler, infertilite tanısı aldıktan sonra, yaşamlarının tüm alanlarını ihmal ederek infertilite tedavileri üzerine yoğunlaşırlar. Infertilite tedavileri içinde İn vitro fertilizasyon-Embriyo transferi (IVF-ET), günümüzde çiftlerin kendi çocuklarına sahip olmaları için önemli bir fırsattır ve başarı oranlarının artmasına bağılı olarak, tedavilere olan talep de giderek artmaktadır (1,2).

IVF-ET tedavi süreci, fiziksel olarak zahmetli ve emosyonel olarak zor işlemler içerir. Buna rağmen infertilite tanısı alan çiftler, çocuk sahibi olabileceklerine dair büyük umutlarla tedaviye başlarlar. Bu önemli süreçte tedavinin aşamalarına bağılı yaşanan güçlükler ve özellikle tedavinin negatif sonucu çiftler üzerinde olumsuz psikolojik etkiler yaratır (3). Bu psikolojik etkilenmelere rağmen çiftin kendi çocuğına sahip olma isteğı, yeniden tedaviye başlayacak gücü verir ve çift yeni bir umutla tekrar tedaviye başlar.

Literatürdeki kaynaklara göre çiftin aldığı siklus sayısı arttıkça tedavideki başarı oranı da artmaktadır. Bu nedenle tedaviye büyük bir istekle başlayan çiftlerin, önerilen tüm tedavi sikluslarını tamamlamaları beklenir (4).Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar infertilite tedavisine başvuran çiftlerin büyük bir çoğunluğunun önerilen siklus sayısını tamamlamadan ve gebelik elde etmeden tedaviyi bıraktıklarını ortaya koymuştur (5,6,7). Bu nedenle çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftlerin, tedaviyi bırakma nedenlerini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmuştur. Bu konuda yapılan bir çalışmada, çiftlerin tedaviyi bırakma nedenleri: tedavinin psikolojik yükü, zayıf prognoz, spontan gebelik, tedavinin fiziksel yükü ve ciddi hastalıklar olarak belirlenmiştir. Çiftler, IVF tedavisinin psikolojik yükünün, fiziksel yükünden daha ağır olduğunu ve infertilite tedavisinin yarattığı depresyondan dolayı tedaviyi bıraktıklarını bildirmiştir (7,8). Bir başka çalışmada ise çiftlerin tedaviyi bırakma nedeninin en yüksek oranda spontan gebelik olduğu bildirilmiştir. Bu oranı daha sonra: tıbbi öneriler, psikolojik yük, fiziksel yük, kadının yaşı, personelin beceri

eksikliği, personelin empati eksikliği, çocuk isteği için diğer alternatifler, sosyal ilişkilerin etkilenmesi ve mali nedenler izlemektedir (9).

İnfertilitenin, çiftlerin yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine rağmen, gebelik elde edemeden tedaviyi bırakma nedenlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Çünkü bu durum, çiftler için kendi çocuklarına sahip olma şansından vazgeçmek demektir. Bir taraftan infertiliteye bağlı etkilenmiş psikolojik durum, diğer taraftan başarısız tedaviler, çifti baş etmesi oldukça zor bir duruma sokabilir.

Çiftin IVF-ET tedavisini bırakma nedenlerinin bilinmesinin, gerek merkez açısından gerekse tedavi almakta olan çiftler açısından iki yönlü bir fayda sağlayacağı düşünülmektedir. İlk olarak tedaviyi bırakmada etkili olan faktörlerin bilinmesi, tedavi alan çiftlerin yaşadıkları güçlükleri, zorlandıkları dönemleri, baş etmede yetersiz kaldıkları alanları tanımlayarak, verilecek hizmetin çiftler açısından daha kaliteli hale getirilebilmesi için bir fırsat sağlayacaktır. Öte yandan merkez açısından, verilmekte olan hizmetin gözden geçirilmesini, aksayan yönlerinin değerlendirilerek eksikliklerin giderilmesini sağlayacaktır. Ancak her iki yönünde, sonuçta infertil çiftlere sunulan bakımın kalitesini arttıracığı ve çiftlere yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı’ndan izinli 80 tane Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi olması ve infertil çiftler ile ilgili bir çok araştırma yapılmış olmasına rağmen, çiftlerin gebelik oluşturmada tedaviyi bırakma nedenlerine yönelik bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma, infertil çiftlerin çocuk sahibi olmadan IVF-ET tedavisini bırakma nedenlerini belirlemeye yönelik, Türkiye’de yapılan ilk çalışma niteliğindedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile, 2001-2005 yılları arasında, GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinde en az bir IVF-ET tedavisi almış çiftlerden, tedaviyi tamamen bırakan çiftlerin çocuk sahibi olmadan tedaviyi bırakma nedenlerini ve tedaviye başka bir merkezde devam edenlerin GATA’yı bırakma nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı ve Görülme Sıklığı

İnfertilite, evli bir çiftin, en az bir yıl süreyle kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına karşın, gebelik oluşturmamasıdır. En az bir yıl süreyle, düzenli olarak korunmasız ilişkiye rağmen hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite, canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsünden sonra bir yıl boyunca korunmasız cinsel ilişkiye karşın gebelik oluşmamasına sekonder infertilite denir (10,11).

Herhangi bir kontraseptif önlem almadan, düzenli ilişkide bulunan sağlıklı bir çiftin, bir menstrual siklus içinde gebelik oluşturma oranı %20-%25, ilk üç ay içinde %50, ilk altı ay içinde %72 ve bir yıl içinde %85'tir. Bir yılın sonunda, hala gebelik elde edemeyen çiftlerin ise infertilite sorunu olduğu düşünülmektedir (12,13,14).

İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-%20'sinde infertilite görülmektedir. Bu farklılık, gelişmekte olan ülkelerde özellikle gonore ve klamidya gibi cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonlarının daha sık görülmesi ve etkili olarak ya da hiç tedavi edilmemesi sonucu infertiliteyle sonuçlanan hasarlar oluşturmamasından kaynaklanmaktadır (10,13,).

2.2. Fertilitiyi Etkileyen Faktörler ve İnfertilitenin Nedenleri

Gebelik, sağlıklı sperm ve oosit üretimi ve üretilen sperm ve oositin kadının tuba uterinalarında bir araya gelmesi, oluşan embriyonun uterusu ulaşp endometriyuma yerleşmesi ile gerçekleşir. Bu doğal süreci etkileyen fiziksel, psikososyal, sosyoekonomik ve çevresel tüm faktörler, gebeliğin oluşumunu, yani fertilitiyi etkiler. Fertilitiyi etkileyen faktörler arasında; kadının ve erkeğin yaşı, ilişkinin sıklığı ve zamanı, kadında veya erkekte geçirilmiş pelvik ameliyatlar, alkol ve sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma ve stres en etkili olanlarıdır (5,15,16).

İnfertilite; kadından, erkekten ve her ikisinden kaynaklanan nedenlerle oluşabildiği gibi bazen de nedeni açıklanamamaktadır. Kadında infertiliteye yol açan nedenler en sıklıkla: ovulasyon problemleri, endokrin bozukluklar, fallop tüplerindeki tıkanıklıklar, uterus ve serviks anomalileri, erkekte infertiliteye yol açan nedenler, varikosel, duktal enfeksiyon ve tıkanıklıklar, testiküler yetmezlik ve oligospermidir. Yapılan tüm ayrıntılı incelemelerden sonra, her iki eşte fiziksel bir sorun olmaması durumunda, açıklanamayan infertiliteden söz edilir. Çiftlerin yaklaşık %25-40'ında erkekten, %40-55'inde kadından, %10'unda her ikisinden kaynaklanan problemler varken, %10'unda infertilite sebebi bulunamamakta ve bu çiftlere açıklanamayan infertilite tanısı konulmaktadır (11,17,18,19).

2.3. Üremeye Yardımcı Teknikler

Üremeye yardımcı teknikler (ÜYT), spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren tekniklerdir (17).

Dünyada ilk ÜYT uygulaması sonrası bebek, 1978 yılında dünyaya gelmiştir. Bu tarihten itibaren üremeye yardımcı teknikler hızlı bir gelişim göstermiş ve bir taraftan yeni yöntemler geliştirilmiş, bir taraftan da bazıları terk edilmiştir. Günümüzde en sık kullanılan üremeye yardımcı teknikler; İntrauterin İnseminasyon (IUI) ve İn-Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferidir (IVF-ET) (2,20).

2.4. İntra Uterin İnseminasyon (IUI)

IUI, overlerin ilaçlarla stimüle edilerek, ovulasyonun sağlandığı zamanda, laboratuarda özel aşamalardan geçirilip hazırlanmış spermilerin, kateter aracılığı ile kadın genital yolları içerisine verilmesidir (12,21)

İşlem öncesinde, kadına folikülogenezisi sağlayan ilaçlar verilir ve overlerde olgun oositler içeren foliküller oluşturulur. Folikül gelişimi vajinal ultrason ile takip edilir ve foliküller ovulasyona hazır hale geldiğinde, erkekten masturbasyon yoluyla sperm alınır. Alınan spermier çeşitli yıkama işlemlerine tabi tutularak, çok az bir sıvı içinde konstantre edilir ve böylece sayı ve hareketlilik oranları artırılır. Hazırlanan spermier bir kateter içine alınır ve

serviksten girilerek uterus içine bırakılır. İşlem ağrılı değildir ve sonrasında istirahat gerektirmez.

Genellikle, erkeğin sperm miktarının yetersiz olduğu durumlarda, sperm motilitesinde sorun olduğunda, kadında vaginal ya da servikal faktörler olduğunda veya çiftte açıklanamayan infertilite söz konusuysa, IVF-ET'den önce, İntrauterin İnseminasyon (IUI) işlemi, başlangıç tedavisi olarak denenir (17,22).

IUI 'daki başarı, sperm sayı, yapı ve hızlarıyla yakından ilişkilidir. Başarı oranları siklus başına %5- 20 arasında değişmekle birlikte, 3 ay tekrarlayan uygulamalar sonunda %40'ları bulduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (23,24).

2.5. İn-Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET)

IVF-ET, oosit ve spermin, in vitro ortamda bir araya getirilmesi, fertilizasyonun dış ortamda sağlanması ve gelişen embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemidir (11,12,18-20).

IVF-ET, ilk başlarda sadece tubal hasara bağlı infertilitenin tedavisi için kullanılmış, daha sonra endometriyozis ve erkek faktöre bağlı infertilitede kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde IVF-ET, hem kadın hem de erkekte infertiliteye neden olan faktörlerin bulunduğu veya açıklanamayan infertilite olgularında ve diğer üremeye yardımcı tekniklerinin başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda yaygın olarak kullanılmaktadır (11,12,18-20).

IVF-ET uygulamasında izlenecek prosedürler kısaca:

1. Ovulasyon induksiyonu
2. Oosit pick-up (OPU)
3. Kapasite edilmiş sperm ile fertilizasyon
4. Embriyo transferi (ET)
5. Gebeliğin tespiti.

2.5.1.Ovulasyon induksiyonu

Ovulasyon indüksiyonunda amaç; folikülogenezis'i sağlayan ilaçların yardımıyla çok sayıda oosit gelişmesini sağlamaktır. IVF-ET uygulamalarında ideal olarak 14-16 oosit elde edilmesi planlanır (11,12,18-20).

Ovulasyon indüksiyonunda, ilk olarak gonadotropinler kullanılarak overlerde folikül gelişimi uyarılır ve birden fazla folikülün gelişmesi sağlanır. Günlük ultrason ve serum E₂ takipleri ile foliküllerin gerekli olgunluğa erişip erişmedikleri takip edilir. Gonadotropinler, subkutan veya intramüsküler olarak uygulanabilir. İlaçların kullanımı esnasında kadın, overlerinde ağrı, göğüslerinde dolgunluk ve hassasiyet hissedebilir (11,12,18-20).

18-20 mm boyutlarına gelmiş, fazla sayıda folikül oluştuğunda (yaklaşık olarak menstrual siklusun 12-14. günlerinde) Human koryonik gonodotropin (hCG) enjeksiyonu yapılır. hCG enjeksiyonu, olgunlaşan oositlerin folikül duvarından ayrılmasını sağlayarak, folikülleri aspirasyona hazır hale getirir. İlaç uygulandıktan sonraki 34-36. saatler içerisinde Oosit Pick-Up işlemine başlamak gerektiğinden, ilacın uygulama saati önemlidir. hCG enjeksiyonunun, karın ağrısı, şişkinlik, overlerde hassasiyet, bulantı-kusma gibi yan etkileri görülebilir (11,12,18-20).

2.5.2. Oosit Pick-Up (OPU)

hCG verilmesini takiben 34. 36. saatlerde oosit pick-up (OPU) işlemi lokal ya da genel anestezi altında yapılır. Gelişen foliküller transvajinal ultrasonografi eşliğinde bir aspirasyon iğnesi ile aspire edilir. Aspirasyon sıvısı laboratuarda mikroskop altında incelenerek elde edilen oositler bir petridish'e toplanır. Her iki overin aspire edilmesi yaklaşık 15-30 dakika sürer. İşlem ağrılı olabilir.

OPU işleminden sonra, pelvik enfeksiyon, visseral doku travması, intraabdominal kanama ve anesteziye bağlı komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle, kadın kanama ve anestezi komplikasyonları açısından bir süre gözlem altında tutulmalıdır (11,12,18,20).

OPU işlemiyle aspire edilen foliküler sıvıdaki oositler, mikroskop altında ayrıldıktan sonra, çeşitli kültür mediyalarında ve %5'lik karbondioksitli ortamda inkübe edilirler. OPU işleminden 4-6 saat sonra, yumurta ile spermin bir araya getirilmesi gerektiğinden, aynı gün kadının eşinden masturbasyon yoluyla sperm vermesi istenir (11,12,18-20).

2.5.3. Kapasite edilmiş sperm ile fertilizasyon

Erkekten alınan spermler, hareketli ve morfolojik açıdan uygun olanlarını seçmek için birtakım işlemlerden geçirilir. Oosit başına 50-100 bin sperm, 37°C'de %5'lik karbondioksit ve %98'lik nem içeren ortamda, 12-18 saat kadar bekletilerek, doğal yoldan fertilizasyonun gerçekleşmesi ve embriyo oluşması beklenir. Ancak, özellikle erkek kaynaklı infertilitede, spermin, oosite penetre olamadığı ve fertilizasyonun gerçekleşmediği durumlar söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) ile fertilizasyon sağlanır. ICSI'de ince bir pipete çekilen bir adet sperm, oositin plazmasına verilir ve fertilizasyonun gerçekleşmesi sağlanarak, embriyo gelişmesi beklenir. Günümüzde erkek infertilitesinde uygulanan IVF-ET sikluslarının, yaklaşık %80'i, ICSI ile birlikte yapılmaktadır (11,12,18,19,20).

2.5.4. Embriyo Transferi

Embriyo transferi, oosit toplanmasından ve fertilizasyondan yaklaşık 3 gün sonra, embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemidir (12,20).

Fertilizasyon sonrası elde edilen embriyoların, morfolojik özellikleri incelenerek içlerinden en kaliteli olanları seçilir. Eğer birden fazla embriyo elde edildiyse, transfer edilecek embriyo sayısı, kadının yaşına, çiftin infertilite ve tedavi öyküsüne ve ülkenin yasal izinlerine göre planlanır. Çoğul gebelikleri ve bunlara bağlı komplikasyonları önlemek için, genellikle 35 yaşın altındaki kadınlarda 2 embriyo transfer edilmektedir. Seçilen embriyolar, transfer kateterine çekilerek, transabdominal ultrason eşliğinde, transservikal yoldan uterus içine enjekte edilir. Transfer işlemi bittikten sonra, kadın bir saat kadar dinlendirilip, evine gönderilir

2.5.5. Gebeliğin Tespiti

Embriyo transferinden sonra, embriyonun uterus endometriyumuna implante olması ve gebeliğin tespit edilebilmesi için gereken süre, yaklaşık 12-16 gündür. Bu nedenle kadına transferden 12-16 gün sonra, gebeliğin tespiti için kanda β -hCG baktırması ve sonucu bildirmesi gerektiği anlatılır (12,20).

2.6. IVF-ET’de Başarı Oranları ve Başarıyı Belirleyen Faktörler

IVF-ET’de başarı oranlarının değerlendirilmesinde, günümüze kadar yapılan çalışmalar, tedavi siklus veya embriyo transferi başına elde edilen gebelik oranlarını kriter olarak kabul etmişlerdir. Ancak, IVF-ET tedavisi sonrası elde edilen gebeliklerin, yaklaşık %15-20’si abortus veya ektopik gebelikle sonuçlandığından veya tedavi sonrası ortaya çıkan ikiz gebeliklerin neonatal mortalite oranları yüksek olduğundan, çiftlerin eve bebek götürme oranları, gerçekleşen gebelik oranlarından daha düşük olmaktadır. IVF-ET tedavisinde, siklus başına düşen gebelik oranı, yaklaşık %35-%40 arasındayken, terme ulaşmış gebelik oranı %20-%25 arasındadır. Bu nedenle, son yıllarda yapılan çalışmalarda, “IVF-ET’de gerçek başarı” terme ulaşmış tekil gebelik oranı ile değerlendirilmekte ve gerçekleşen gebelik oranları ile birlikte çiftlerin eve bebek götürme oranları da hesaplanmaktadır (13,20,26-29).

IVF-ET’nin başarı oranlarını etkileyen bir çok faktör tanımlanmıştır. Çeşitli yayınlara göre bu faktörlerden en önemlileri: kadının yaşı, transfer edilen kaliteli embriyo sayısı, kadının önceki gebelik öyküsü, infertilite sebebi ve tedavi süresi gibi faktörlerdir (13,15,20,22).

Başarıyı etkileyen faktörlerden biri olan kadının yaşının artması, tedavi sonucu elde edilen gebelik oranını azaltmaktadır. Kadının yaşının artması, ovaryan cevabın azalması, gelişen folikül ve elde edilen oosit sayısının yeterli ve uygun kalitede olmaması ile sonuçlanmakta, bu nedenle kadının üreme yeteneği azalarak, genetik anomali ve düşük riski artmaktadır. Otuzbeş yaşından küçük kadınlarda, transfer başına terme ulaşmış gebelik oranı yaklaşık %30-%40 arasındayken, bu oran kadının yaşı 40 olduğunda %5'lere kadar düşmektedir (16,20,30).

İnfertilitenin kaynağına bağlı olarak gebelik oranlarının, over rezervi önemli derecede azalmış olan kadınlarda ve hem erkekten hem de kadından kaynaklanan infertilitenin söz konusu olduğu durumlarda daha düşük olduğu görülmektedir. IVF-ET’de en iyi sonuç, genellikle tubal faktöre bağlı infertilitede elde edilmektedir (20,31).

Tedavi sonucunu etkileyen faktörlerden biri de, transfer edilen embriyonun sayısı ve kalitesidir. Transfer edilen embriyo sayısı ve kalitesi arttıkça, tedaviye bağlı gebelik şansı da artmaktadır. “Bir embriyonun” transferi sonrası canlı doğum şansı %30 civarındayken, “iki embriyonun” transferinde bu oran %52’ye çıkmaktadır. Ancak transfer edilen embriyo sayısının artması, çoğul gebelik ve abortus riskini de arttırdığından, transfer öncesi iyi bir değerlendirme yapılmalıdır (20,29).

Çiftlerin aldıkları tedavi siklus sayısı ve süresi de IVF-ET tedavisinin başarısını etkileyen faktörlerden biridir. Çiftin aldığı tedavi siklusu ve süresi arttıkça gebelik elde etme oranları da artmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre bir siklus tedavi alan çiftlerin gebelik elde etme şansı %15 civarındayken, 14 siklus tedavi alan çiftlerin gebelik elde etme şansı %87’ye çıkmaktadır. Bu nedenle tekrarlayan sikluslar, çiftin başarıya ulaşmasında önemli bir faktördür (30,32,33).

Tüm bu fiziksel faktörlerin yanı sıra, çiftin yaşadığı anksiyete ve depresyonun da, IVF-ET sonucunu olumsuz olarak etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Anksiyete ve depresyon, hem fizyolojik mekanizmalarla tedavi sonucunu etkilemekte hem de çiftlerin gebelik elde edemeden tedaviyi bırakmalarında önemli bir faktör olmaktadır (1,4,34,35)

2.7. IVF-ET’nin Yasal ve Mali Yönü

Ülkemizde yasal olarak yalnızca evli çiftler, kendi oosit ve spermelerinin kullanılması koşuluyla üremeye yardımcı tekniklerden yararlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2005 yılında yayınladığı Bütçe Uygulama Talimatı’na göre, “sosyal güvencesi olan, 40 yaş altı nullipar kadınların, üç IVF-ET tedavisinin giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Ancak açıklanamayan infertilite tanısı alan çiftler için, IVF-ET tedavisinden önce üç IUI tedavisi zorunludur” (36).

Tedavide kullanılan ilaçların maliyeti de, en az yapılan işlemlerin maliyeti kadar yüksektir ve sosyal güvencesi olsa dahi, çiftler ilaç maliyetinin %20’sini karşılamaktadır.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan çiftler için, bir IVF-ET tedavisinin bedeli günümüzde 2000-5000 YTL, ilaç maliyeti ise 1000 ile 3000 YTL arasında değişmektedir.

Çiftlerin alacakları tedavi siklus sayısı hakkında, ülkemizde herhangi bir sınırlama yoktur.

2.8. İnfertilite ve IVF-ET'nin Psikososyal Yönü

İnfertilite, çiftlerin çocuk isteklerinin en yoğun olduğu dönemde, ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösterir ve çiftleri fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak etkisi altına alır (1,37,38).

Çiftler, sağlık bakım sistemine öncelikle gebelik oluşmaması üzerine, infertilite yaratan fiziksel nedenlerin araştırılması için girerler. Bu fiziksel süreç temel tanılama testlerini içeren karmaşık, uzun ve zor bir dönemdir (21). Çiftler bir taraftan zor bir tanı ve tedavi sürecine dahil olurken, bir taraftan da infertilitenin ve tedavi sürecinin psikososyal etkileri ile mücadele ederler. Bu nedenle, infertilite tanısı aldıkları günden itibaren yaşamlarının bir çok alanında, baş etmeleri gereken sorunlarla karşı karşıya kalırlar.

İnfertilitenin, çiftin yaşamı üzerindeki etkilerinden biri, evlilik ilişkileri üzerinde olur (3,37,39,40). Kerr ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada, infertil çiftlerin yaklaşık üçte biri, infertilite tanısı aldıklarında, evlilik ilişkilerinin sıkıntıya girdiğini ve eşleriyle iletişim problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir (40). Schmidt ve arkadaşları da benzer şekilde, infertilite tedavisine başlayan çiftlerin iletişim güçlükleri yaşadıklarını ve evlilik ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir (39). Literatürde, bu çalışmaların sonuçlarının aksine, çiftlerin infertilite tanısı aldıklarında birbirlerine daha sıkı bağlandıklarını, destek olduklarını ve aralarındaki iletişimin güçlendiğini bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (41).

İnfertil çiftlerin cinsellikleri de, tanı ve tedavi sürecinden olumsuz olarak etkilenebilir. İnfertil çiftler için cinsellik, belirli bir amaca hizmet eden, yapılması zorunlu bir eylem haline gelir ve cinselliklerinden aldıkları zevk azalabilir (42,43,44). İnfertilitenin, çiftlerin cinsel yaşamları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, kadınların %37'sinin cinsel tatminsizlik, erkeklerin %75'inin ise erektile disfonksiyon yaşadıkları belirlenmiştir (45).

İnfertilite, çiftlerin sosyal çevre ile olan ilişkilerini de olumsuz etkileyebilir (46). İnfertil çiftler, aileleri veya arkadaşlarının çocuk sahibi olma konusunda baskı yapacaklarını, soru soracaklarını veya onlar tarafından suçlanacaklarını düşünerek, çevreleriyle görüşmekten kaçınabilirler. Bu kaçınma, bir süre sonra çiftlerin sosyal izolasyon yaşamalarına ve kendilerini daha da yalnız hissetmelerine neden olabilir (19,46).

Eşler infertiliteye farklı tepkiler verebilirler. Buna karşın her iki eşte de en sıklıkla karşılaşılanlar; anksiyete, depresyon, kayıp, yas, suçluluk, sosyal izolasyon ve kontrol kaybıdır. Çiftin, infertilite karşısında verdiği bu tepkilerin derecesi; infertilite süresine, tedaviye devam etme kararlarına, bireylerin adaptasyon kapasitelerine, prognozlarına, infertilite nedenlerine ve emosyonel desteklerine göre değişir (13,41,46,47).

İnfertilitenin psikolojik etkileri, hem kadın hem de erkekte gözlenebilmekle birlikte, kadınlarda daha yoğun yaşandığı bilinmektedir (41,46). Akyüz ve ark, infertil kadınların hayatlarının en önemli hedeflerinin çocuk sahibi olmak olduğunu, bunu gerçekleştirememekten dolayı kendilerini sağlıksız, mutsuz ve suçlu hissettiklerini belirlemişlerdir (19). Yapılan bir başka çalışmada da kadınlar, çocuk sahibi olamamayı “tamamen yıkıcı bir rol başarısızlığı” olarak tanımlarken, erkekler, “huzuru bozan ancak trajedi haline getirilmemesi gereken durum” olarak tanımlamışlardır (48). Kadının benlik saygısı, erkeklere göre daha fazla etkilenmekte, anksiyete, depresyon, öfke, hayal kırıklığı, güçsüzlük ve kontrol kaybı duygularını erkeklerden daha fazla yaşamaktadırlar (3,41,49,50). Kadının, genel popülasyonda erkeğe göre depresyona daha yatkın olması, infertiliteye bağlı yapılan tetkiklerin ve invaziv işlemlerin daha çok kadına yönelik olması, çocuk doğurma görevinin kadına ait olması, infertiliteden daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (19,51,52).

Çiftler, aile olma hayallerini gerçekleştirmek için yaşamlarının tüm alanlarını ihmal ederek infertilitenin çözümlenmesine yoğunlaşır ve tedavi seçeneklerine yönelirler. Dünyada her geçen gün üremeye yardımcı tekniklere yeni seçeneklerin eklenmesi ve başarı oranlarının artmasıyla, infertilite tedavisi, çiftler için büyük bir umut ışığı haline gelmiştir. IVF-ET'nin

başarı oranlarının yüksek olması, bazı çiftlerin çocuk sahibi olabilmeleri için tek şansı, bazı çiftlerin ise son şansı olması nedeniyle çiftler, genellikle ilk IVF-ET tedavisine yüksek bir motivasyon ile başlarlar. Ancak başarısızlıkla sonuçlanan IVF-ET siklusları çiftlerin anksiyete ve depresyonunun artmasına ve bir sonraki siklusa daha düşük bir motivasyonla başlamalarına neden olur (53)

Tedavi sürecinde, çiftler bebek sahibi olabilmek için, sağlık personeli ise çiftin hayallerine ulaşması için büyük bir özveriyle çalışırlar. Sağlık personeli başarıya ulaşma yolunda tüm prosedürlerin düzgün işlemesi için çalışırken, bazen çiftlerin emosyonel ihtiyaçları göz ardı edilebilir. İnfertilite tedavisinde her ne kadar en önemli amaç, çiftin bebek sahibi olmasını sağlamak olsa da, hemşirenin, sonuç ne olursa olsun çiftin tam bir iyilik halinde bulunmasını sağlamaya yönelik bakım vermesi gerekliliği, göz ardı edilmemelidir.

2.9. Çiftlerin IVF-ET Tedavisini Bırakma Nedenleri

Her bireyin geleceğe ait hedefleri, inançları, hayalleri ve bunlara ait umutları vardır. Bu nedenle umut, insan yaşamı için vazgeçilmez bir öğedir. İnfertil çiftler için de, çocuk sahibi olmak yaşamlarının en önemli hedefi haline gelir ve kendilerine çocuk sahibi olma yolunu açan, üremeye yardımcı tekniklere büyük umutlar bağlarlar (54).

Çiftlerden, çocuk sahibi olma hayallerini gerçekleştirmek için tedavi sürecine uyum göstermeleri ve sağlık personeli tarafından önerilen IVF-ET sikluslarını tamamlamaları beklenir. Ancak yurt dışında yapılan çalışmalar, tedaviye başlayan çiftlerin yarısından fazlasının, önerilen tedavi siklus sayısını tamamlamadan, hatta bazılarının ilk siklustan sonra tedaviyi bıraktıklarını ortaya koymuştur. Çocuk sahibi olmadan tedaviyi bırakma oranları literatürdeki farklı çalışmalara göre, %40-70 arasında değişmektedir (4,6,7,8,55). Bu nedenle son yıllarda, çiftlere çocuk sahibi olmadan tedaviyi bırakma kararlarını verdiren nedenlerle ilgili çalışmalar, yoğunluk kazanmıştır.

İnfertil çiftte, tedaviyi bırakma kararını verdiren bir çok faktör tanımlanmıştır. Literatür incelendiğinde, bu faktörlerin en yüksek oranlarda:

1. Tedavinin yarattığı psikolojik tükenme,
2. Maddi kaynakların tükenmesi,
3. Tedaviye bağlı fiziksel tükenme ve
4. Tekrarlayan başarısız sikluslar nedeniyle başarmaya yönelik umudun tükenmesi olduğu belirlenmiştir (6,7,8,55) .

IVF-ET prosedürü uzun süren, sürekli takip gerektiren, kullanılan ilaçlar ve yapılan invaziv işlemler nedeniyle ağrı ve acı veren bir süreçtir. Yapılan işlemlerin büyük çoğunluğunun kadının bedenine yönelik olması, kullanılan ilaçların yan etkileri ve gebelik elde edilememesi sonucu tekrarlayan sikluslar, bir süre sonra kadının fiziksel olarak tükenmesine neden olur. Olivius ve arkadaşları da (2004), çalışmalarında çiftlerin %6'sının, tedavi sürecinin getirdiği fiziksel tükenme nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını belirlemişlerdir (7).

Çiftlerin tedaviye başlamadan önce yüksek olan, anksiyete ve depresyon düzeyleri, tedavinin negatif sonucuyla daha da şiddetlenir ve çiftlerin baş etme mekanizmaları zorlanır. Smeenck ve arkadaşları (2004), siklus öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olan çiftlerin, tedaviyi bırakma oranlarının da yüksek olduğunu belirlemişlerdir (35) . Bu konuda yapılan bir çalışmada , kadınlar tedaviyi tamamen sıkıntı ve stres yaratan bir durum olarak tanımlamışlar ve tedaviyi sonlandırarak bu stresten kurtulmayı hedeflediklerini ifade etmişlerdir . Çalışmada kadınlar, tedaviye gerçekçi olmayan ümitlerle başladıkları için, başarısızlıkla sonuçlanan sikluslar sonrasında kendilerini psikolojik olarak tükenmiş hissettiklerini de ifade etmişlerdir (55). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da, IVF-ET tedavisi alan kadınların %38.9’unun, infertilite tanı ve tedavi işlemlerinden çok yıprandıkları için, tedaviyi bırakmayı düşündükleri belirlenmiştir (19).

Tedavi sürecinin çiftlere yaşattığı güçlüklerden biri de, tedavinin mali boyutudur. Tedavide kullanılan ilaçların, yapılan tetkiklerin ve işlemlerin maliyeti oldukça yüksektir ve başarısızlıkla sonuçlanan bir siklus, yeniden

aynı maliyeti ortaya çıkarmaktadır. Akyüz çalışmasında, çiftlerin büyük oranının tedavi giderlerini kendi imkanları ile karşıladıklarını ve giderleri karşılamakta zorlandıklarını ortaya koymuştur. Bu nedenle çiftlerin başarısız bir tedavi siklusundan sonra, yeni bir tedaviye başlama kararlarında tedavinin maliyeti önemli bir sorun oluşturmaktadır (19). Rajkhowa ve ark.(2006) çiftlerin %23'ünün, devlet tarafından ödenen tedavi haklarının dolması nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını ortaya koymuştur. Rajkhowa ya göre, mali boyutu çiftlerin tedaviyi bırakma kararlarında önemli bir nedendir (6). Malcolm ve arkadaşları ise çiftlerin yalnızca %3.2'sinin maddi kaynaklarının tükenmesi nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını belirlemişlerdir (5).

Çiftlerin tedaviyi bırakma kararlarında etkisi olan faktörlerden biri de, çiftin tedavi aldığı merkez ve personeli hakkındaki düşünceleridir. Bu konuda yapılan bir çalışmada çiftler, tüp bebek merkezinde görevli hemşire ve doktorların kendilerini yeteri kadar dinlemediklerini ve empati yapmadıklarını, tedaviler ve tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi vermediklerini ve tedaviyi bırakma kararını verirken bu faktörleri de dikkate aldıklarını ifade etmişlerdir (7).

İnfertilitenin yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak için, IVF-ET tedavisine büyük istekle başlayan çiftlerin, tedaviye uyum göstermeleri ve önerilen tedavi sikluslarını tamamlamaları beklenir. Ancak IVF-ET tedavisine devam etmek, çift için hem emosyonel, hem fiziksel hem de mali bir yükür. Tedavi sürecindeki her biri başlı başına zor olan işlemler, günlük yaşamdaki olaylarla da karışınca kadın ve erkeğin psikososyal fonksiyonları olumsuz olarak etkilenebilir ve bu etkilenmeler çiftlerin tedaviye devam kararını etkileyebilir. Nitekim son yıllarda yapılan çalışmalar çiftlerin büyük bir çoğunluğunun önerilen siklus sayısını tamamlamadan ve gebelik elde etmeden tedaviyi bıraktıklarını ortaya koymuştur (5,6,7). Çiftin, IVF-ET tedavisini bırakarak kendi çocuklarına sahibi olma şansından veya tedavi aldığı merkezden vazgeçme nedenlerinin bilinmesi oldukça önemlidir. Ülkemizde bir ilk niteliğinde olan bu çalışma; bu nedenle tedavi alan çiftlerin yaşadıkları güçlükleri, zorlandıkları dönemleri, baş etmede yetersiz kaldıkları alanları tanımlayarak, verilecek hizmetin çiftler

açısından daha kaliteli hale getirilebilmesi için bir fırsat sağlayacaktır. Aynı zamanda verilmekte olan hizmetin gözden geçirilmesini, aksayan yönlerinin değerlendirilmesini sağlayacaktır. Gerçekte iki farklı yöne hizmet edecek gibi görünen bu araştırmanın bulgularının, sonuçta en önemli katkısı, infertilite tedavisi almak üzere IVF merkezlerine başvuran çiftlere sağlayacağı düşünülmektedir.

.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, 2001-2005 yılları arasında, GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinde en az bir IVF-ET tedavisi almış çiftlerin, çocuk sahibi olmadan tedaviyi bırakma nedenlerini ve tedaviye başka bir merkezde devam eden çiftlerin GATA'yı bırakma nedenlerini belirlemeye yönelik, kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinin kayıtlarından yararlanılarak yürütülmüştür. Bu ünite 1996 yılından itibaren, infertil çiftlere ayaktan hasta bakım hizmeti verilmektedir. Merkez; poliklinik kayıt bölümü, USG odası, invaziv işlemler için steril şartların sağlandığı bir bölüm, 3 yataklı bir dinlenme odası, sperm verme odası ve embriyoloji laboratuvarından oluşmaktadır. Ünite şu an 5 kadın doğum uzmanı aylık periyotlarla değişerek, 3 hemşire, 1 embriyolog, 1 biyolog ve 1 laborant, sürekli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2001-2005 yılları arasında GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinde, kurul kararı ile IVF-ET kararı verilen ve sonrasında en az bir siklus IVF-ET tedavisi alan çiftler oluşturmaktadır. Yapılan arşiv araştırması sonucunda bu süre içinde; 2001 yılında 116 çift, 2002 yılında 90 çift, 2003 yılında 133 çift, 2004 yılında 197 çift, 2005 yılında 221 çift olmak üzere toplam 758 çiftin tedavi aldığı belirlenmiştir. Kayıtlardan çiftlerin adres ve telefon bilgileri alınırken, her çiftte ait bir telefon numarasının mutlaka mevcut olduğu ancak bir çoğunun adreslerinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, tüm çiftler önce telefonla aranmış ve telefon numaralarının güncelliği değerlendirilmiştir. Telefonla ulaşılan eşlerden birisine, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, tedavinin hangi aşamasında oldukları sorulmuş ve GATA'da aldığı tedaviyi bıraktığı

belirlenenlere çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Katılmayı kabul edenlerden anketleri ulaştırmak üzere posta ya da e-mail adresleri alınmıştır.

Tablo 3.3.1. Telefon görüşmeleri ile elde edilen veriler

	Toplam Kayıtlı çift	Ulaşılamayan çift*	Ulaşılan çift			
			Araştırma dışı kalanlar		Araştırma kapsamına girenler	
			Çocuk sahibi olanlar	GATA'da aldığı tedaviye devam edenler	GATA'da aldığı tedaviyi bırakanlar	
					GATA'dan başka bir merkezde devam edenler	Tedaviyi tamamen bırakanlar
2001	116	107	3	-	-	7
2002	90	74	3	1	5	7
2003	133	85	8	1	16	21
2004	197	127	27	5	13	26
2005	221	120	40	8	24	29
TOPLAM	757	513	81	15	58	90
Araştırma kapsamına giren Toplam					148	

GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezine başvuran çiftlerin büyük bir çoğunluğunun asker ailesi olması ve tayin görmesi nedeniyle adres ve telefon bilgilerinin değiştiği ve buna bağlı olarak telefon aramaları sırasında, 513 çiftin telefon numarasının artık geçerli olmadığı tespit edilmiştir.

Telefon görüşmeleri ile toplam 244 çiftte ulaşılmıştır. 244 çiftten 10'u (%4.09) tedavi almadığı bir dönemde çocuk sahibi olmuş, 71'i (%29.09) GATA'da aldığı tedavi sonrasında çocuk sahibi olmuştur. 15 çift (%6.14), tedavisine GATA'da devam etmektedir. 148 çift (%60.65), GATA'da aldığı tedavileri sonlandırmış bu çiftlerin 58'si (%38.51), başka bir merkezde tedaviye devam ederken 90'ı (%61.48), tedaviyi tamamen sonlandırmıştır. GATA'da aldığı tedaviyi sonlandıran 148 çiftten 11'i (%7.43) çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 137 çift (%92,56), adres bilgileri güncellenerek, araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak : araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucunda hazırlanan yarı yapılandırılmış veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu kadın ve erkek için ayrı ayrı hazırlanmıştır.

Veri toplama formu:

1. Kadın ve erkeğin demografik özelliklerine,
2. Çiftin infertilite ve tedavi öykülerine,
3. IVF-ET tedavisini bırakma veya başka merkeze gitme nedenlerine
4. GATA Üremeye yardımcı teknikler merkezine ait memnuniyetlerini ve beklentilerini belirlemeye yönelik, çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır (Ek 3, Ek 4).

3.5. Uygulama

Her iki eş için ayrı ayrı hazırlanan veri toplama formları, çalışmaya katılan çiftlerin kendi tercihleri doğrultusunda, 73'ü posta ile, 37'si internet üzerinden, 6'sı halen Ankara'da olan çiftler için elden teslim edilmiş, 21'i telefon görüşmeleri ile doldurulmuştur.

Ev adreslerine postalanan 73 veri toplama formunun 60'ı (%82.19) posta ile, internet adreslerine postalanan 37 veri toplama formunun 26'sı (%70.27) internet postası ile geri dönerken, elden teslim edilen 6 formun tümü (%100) elden iade edilmiştir. Sonuç olarak; çiftlere ulaştırılan 137 veri toplama formundan 113'i (%82.48) geri dönerek araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin tüm dağılımlarını göstermek için yüzdeler hesaplanmış; tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak 0.05 değeri seçilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit "p" değerleri için istatistiksel olarak anlamlı; büyük değerler için istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır.

BULGULAR

Bu çalışma kapsamında toplam 244 kişiyle görüşülmüş ve görüşülen 244 çiftten 148'inin (%60.65) GATA'da aldığı tedaviyi bıraktığı belirlenmiştir.

GATA'da aldığı tedaviyi bırakan ve araştırmaya katılmayı kabul edip, çalışma kapsamına alınan 113 çiftten 41'inin (%36.3) tedaviye başka bir merkezde devam ettiği, 72'sinin ise (%63.7) çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçerek, IVF-ET tedavisini tamamen bıraktığı belirlenmiştir. Çalışmanın amacına uygun olarak; IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçme nedenleri, GATA'da tedaviyi bırakan çiftlerin ise GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'nden vazgeçme nedenleri irdelenmiştir.

GATA'da aldığı IVF-ET tedavisini bıraktıktan sonra; tedaviye başka bir merkezde devam eden çiftler için "GATA'da tedaviyi bırakan" ve tedaviyi tamamen bırakan çiftler için "IVF-ET tedavisini bırakan" terimleri kullanılmıştır.

Bu bölümde GATA'da tedaviyi bırakan ve IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Bulgular sırasıyla:

1. Demografik ve infertiliteye yönelik bulgular,
2. Kadınların merkez seçim kriterleri ve GATA'yı tercih etme nedenlerine yönelik bulgular,
3. Çiftlere sağlık personeli tarafından açıklanan ve tedaviden bekledikleri şans oranları ile tedavi sürecinde yaşadıklarına ilişkin bulgular,
4. IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerin, çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçme, GATA'da aldığı tedaviyi bırakan kadın ve erkeklerin başka bir merkeze gitme nedenlerine yönelik bulgulardır.

4.1. Demografik Ve İnfertiliteye Yönelik Bulgular

Tablo 4.1.1. Kadınların ve erkeklerin yaş, eğitim ve çalışma durumlarına göre GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA’da tedaviyi bırakanlar		IVF-ET tedavisini bırakanlar		Toplam	
	n=41		n=72		n=113	
	n	%	n	%	n	%
Kadınların demografik verileri						
Yaş						
35 yaş ve altı	23	56.1	35	48.6	58	51.3
36-40 yaş	15	36.6	27	37.5	42	37.2
41-45 yaş	3	7.3	10	13.9	13	11.5
$\overline{X} \pm SD$	34.30±4.31		35.52±4.35			
Eğitim durumu						
İlkokul	9	22.0	26	36.1	35	31.0
Ortaokul	8	19.5	8	11.1	16	14.2
Lise	15	36.5	17	23.6	32	28.3
Üniversite ve üstü	9	22.0	21	29.2	30	26.5
Çalışma durumu						
Çalışıyor	14	34.1	21	29.2	35	31.0
Çalışmıyor	27	65.9	51	70.8	78	69.0
Erkeklerin demografik verileri						
Yaş						
35 yaş ve altı	20	48.8	12	16.7	32	28.3
36-40 yaş	17	41.5	36	50.0	53	46.9
41-45 yaş	3	7.3	13	18.0	16	14.2
46 yaş üstü	1	2.4	11	15.3	12	10.6
$\overline{X} \pm SD$	36.15±3.38		38.73±4.74			

Tablo 4.1.1. 'in devamı. Kadınların ve erkeklerin yaş, eğitim ve çalışma durumlarına göre GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA'da tedaviyi bırakanlar		IVF-ET tedavisini bırakanlar		Toplam	
	n=41		n=72		n=113	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim durumu						
İlkokul	1	2.4	12	16.7	13	11.5
Ortaokul	-	-	-	-	-	-
Lise	22	53.7	27	37.5	49	43.3
Üniversite ve üstü	18	43.9	33	45.8	51	45.2
Çalışma durumu						
Çalışıyor	41	100	72	100	113	100
Çalışmıyor	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.1.1.'de, GATA'da tedaviyi bırakan ve IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerin demografik verileri görülmektedir.

GATA'da tedaviyi bırakan kadınlar, en yüksek oranlarda, 35 yaş ve altında (%56.1), lise mezunu (%36.6), çalışmayan (%65.9) kadınlardır. Erkekler ise en yüksek oranlarda, 35 yaş ve altında (%48.8), lise mezunu (%53.7) ve çalışan (%100) erkeklerdir. Tedavisine başka bir merkezde devam eden kadınların yaş ortalaması $\bar{X} = 34.30$, erkeklerin ise $\bar{X} = 36.15$ 'tir.

IVF-ET tedavisini bırakan kadınlar, en yüksek oranlarda 35 yaş ve altında (%48.6), ilkokul mezunu (%36.1), çalışmayan (% 70.8) kadınlardır (%97.2). Erkekler ise, en yüksek oranlarda 36-40 yaş grubunda (%50.0), üniversite mezunu (%44.4), çalışan (% 100) erkeklerdir. IVF-ET tedavisini bırakan kadınların yaş ortalaması $\bar{X} = 38.73$, erkeklerin ise $\bar{X} = 35.52$ 'dir.

Tablo 4.1.2. Çiftin evlilik süresi, çocuk sahibi olma durumları, aylık gelirleri ve sosyal güvence durumlarına göre GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA’da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		Toplam n=113	
	n	%	n	%	n	%
Evlilik süresi						
5 yıl ve altı	2	4.9	5	6.9	7	6.2
6-10 yıl	19	46.3	19	26.4	38	33.6
11-15 yıl	13	31.7	30	41.7	43	38.1
16 yıl ve üstü	7	17.1	18	25.0	25	22.1
$\bar{X} \pm SD$	10.86±4.00		12.44±4.81			
Çocuk sahibi olma durumları						
Çocuk sahibi	15	36.6	12	16.7	27	23.9
Hiç çocuğu yok	26	63.4	60	83.3	86	76.1
Aylık toplam gelir						
1000 YTL altı	1	2.4	15	20.8	16	14.2
1001-2000 YTL	26	63.4	38	52.8	64	56.6
2001-3000 YTL	13	31.8	9	12.5	22	19.5
3001 YTL ve üstü	1	2.4	10	13.9	11	9.7
$\bar{X} \pm SD$	1942.68±775.36		1884.58±1075.33			
GATA’da yapılan işlemleri karşılayabilecek sağlık sigortası durumları						
Var	39	95.1	61	84.7	100	96.5
Yok	2	4.9	11	15.3	13	3.5

Tablo 4.1.2.'de, GATA'da tedaviyi bırakan çiftlerin %46.3'ünün 6-10 yıldır evli olduğu, %63.4'ünün şu an çocuk sahibi olmadığı, %63.4'ünün 1001-2000 YTL aylık geliri olduğu, ve %95.1'inin GATA'da aldığı tedavileri karşılayacak bir sağlık sigortası olduğu görülmektedir.

IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin %41.7'sinin, 11-15 yıllık evli olduğu , %83.3'ünün şu an çocuk sahibi olmadığı, %52.8'inin 1001-2000 YTL aylık gelirinin olduğu, %84.7'sinin GATA'da aldıkları tedavi giderlerini karşılayabilecek bir sağlık sigortasının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Çiftlerin infertilite ve tedavi öykülerine göre, GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA'da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		Toplam n=113	
	n	%	n	%	n	%
İnfertilite süresi (yıl)						
5 ve altı	11	26.9	18	25.0	29	25.7
6-10	23	56.1	26	36.1	49	43.4
11-15	6	14.6	21	29.2	27	23.9
16 ve üstü	1	2.4	7	9.7	8	7.0
$\bar{X} \pm SD$	7.90±3.74		9.36±4.94			
İnfertilite nedeni						
Kadına ait	16	39.0	16	22.2	32	28.3
Erkeğe ait	5	12.2	11	15.3	16	14.2
Hem kadına hem erkeğe ait	11	26.8	18	25.0	29	25.7
Açıklanamayan infertilite	7	17.1	20	27.8	27	23.8
İnfertilite nedenini bilmiyor	2	4.9	7	9.7	9	8.0
Daha önce başka bir merkezde tedavi alma durumları						
Tedavi almış	6	14.6	18	25.0	24	21.2
Tedavi almamış	35	85.4	54	75.0	89	78.8
Tedaviler süresince aldıkları toplam IUI siklus sayıları						
Hiç IUI siklusu almamış	12	29.3	27	37.5	39	34.5
1 siklus	1	2.4	2	2.8	3	2.7
2 siklus	-	-	4	5.6	4	3.5
3 siklus	21	51.2	28	38.9	49	43.3
4 ve üzeri siklus	7	17.1	11	15.2	18	16.0
$\bar{X} \pm SD$	2.34±1.69		2.04±1.79			

Tablo 4.1.3.'ün devamı. Çiftlerin infertilite ve tedavi öykülerine göre GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA'da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		Toplam n=113	
	n	%	n	%	n	%
Tedaviler süresince aldıkları toplam IVF-ET siklus sayıları						
1 siklus	11	26.8	16	22.2	27	23.9
2 siklus	12	29.3	16	22.2	28	24.8
3 siklus	17	41.5	36	50.0	53	46.9
4 ve üzeri siklus	1	2.4	4	5.6	5	4.4
$\bar{X} \pm SD$	2.19±0.97		2.41±0.97			
GATA'da aldıkları IVF-ET siklus sayıları						
1 siklus	13	31.7	22	30.6	35	31.0
2 siklus	12	29.3	16	22.2	28	24.8
3 siklus	16	39.0	33	45.8	49	43.3
4 ve üzeri siklus	-	-	1	1.4	1	0.9
$\bar{X} \pm SD$	2.07±0.84		2.18±0.89			

Tablo 4.1.3.'te, GATA'da tedaviyi bırakan çiftlerin %56.1'inin 6-10 yıllık infertilite öyküsü olduğu, %39'unun kadın kaynaklı infertilite tanısı aldığı, %85.4'ünün ilk IVF-ET tedavisini GATA'da aldığı görülmektedir. Çiftler, infertilite tedavileri süresince, en yüksek oranlarda, 3 siklus IUI (%51.2), 3 siklus IVF-ET (%41.5) tedavisi almıştır ve çiftlerin en yüksek oranda GATA'da 3 siklus IVF-ET (%39.0) tedavisi aldıktan sonra, tedavi için başka bir merkeze gittikleri görülmektedir.

IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin, en yüksek oranlarda 6-10 yıllık infertilite öyküsü olduğu (%36.1), açıklanamayan infertilite tanısı aldığı (%27.8) ve ilk IVF-ET tedavisini GATA'da aldığı (%75.0) belirlenmiştir. Çiftler, toplamda üç siklus IUI (%38.9), üç siklus IVF-ET tedavisi (%50.0) almıştır ve GATA'da üç siklus IVF-ET (%45.8) tedavisi aldıktan sonra tedavileri tamamen bırakmıştır.

4.2. Kadınların merkez seçim kriterleri ve GATA'yı tercih etme nedenlerine yönelik bulgular

Tablo 4.2.1 Kadınların , tedavi alınacak merkez seçiminde göz önünde bulundurulması gereken niteliklere ilişkin görüşleri ile tedavi almak üzere GATA Tüp Bebek merkezini seçme nedenlerinin karşılaştırılması

	Seçim kriteri olarak görenler	GATA'yı seçme nedenleri	Hem kriter olarak görüp hem de GATA'yı bu nedenle seçenler	P	χ^2
n=113	n(%)	n(%)	n(%)		
İnfertilite tanısı konulan merkez seçilmeli	23 (20.4)	98(86.7)	20(87.0)	0.97	0.00
Merkez değil doktor seçilmeli	45 (39.8)	7 (6.2)	5 (11.1)	0.07	3.11
Başarı oranı araştırılmalı	86 (76.1)	22 (19.5)	21 (24.4)	0.01	5.62
Tedavi masrafları kurum tarafından karşılanır olmalı	28 (24.8)	89 (78.8)	19 (67.9)	0.10	2.64
Ucuz olmalı	6 (5.3)	4 (3.5)	-	0.63	0.23
Tedavi alanlar tavsiye etmeli	17 (15.0)	7 (6.2)	3 (17.6)	0.03	4.51

*n katlanmıştır.

Tablo 4.2.1'de, kadınların tedavi alınacak merkez seçimi yapılırken, en yüksek oranlarda merkezin başarı oranının araştırılması (%76.1) ve merkezin değil doktorun seçilmesi (%39.8) gerektiğini düşündükleri görülmektedir. Buna karşılık, kadınların GATA'yı seçme nedenleri en yüksek oranlarda infertilite tanısının GATA'da konulmuş olması (%86.7) ve bu merkezdeki tedavi masraflarının sosyal güvenceleri kapsamında ödenmesi (%78.8) olmuştur. Kadınların merkez seçim kriterleri olarak düşünüp, GATA'yı aynı sebeple seçme kriterleri incelendiğinde; infertilite tanısı konulan merkez olmasının (%87.0) ve tedavi masraflarının sigortaları kapsamında ödenmesinin (%67.9) en yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir.

4.3. Çiftlere sağlık personeli tarafından açıklanan ve tedaviden bekledikleri şans oranları ile tedavi sürecine ilişkin bulgular

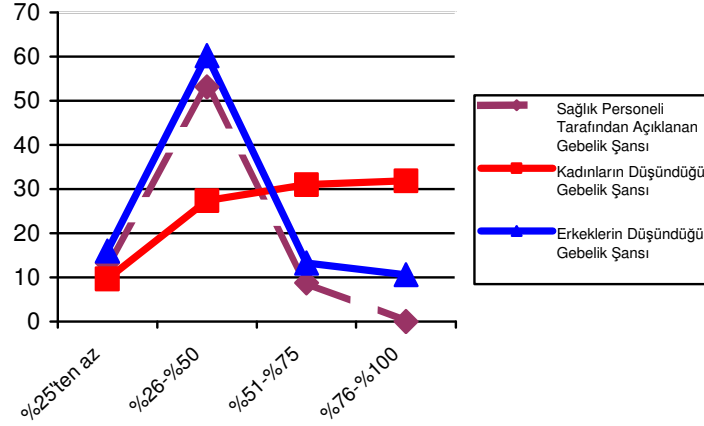
Tablo 4.3.1. Sağlık personeli tarafından çifte açıklanan IVF-ET tedavisine bağlı gebelik şansı ile kadın ve erkeklerin kendi tedavilerine yönelik düşündükleri gebelik şanslarının karşılaştırılması

	Kadın n=113		Erkek n=113	
	n	%	n	%
Sağlık personeli tarafından, çifte açıklanan gebelik şansı				
Bu konuda açıklama yapılmadı	28	24.8	-	-
%25 ten az	15.	13.3	-	-
%26-%50 arası	60	53.1	-	-
%51-%75 arası	10	8.8	-	-
%76-%100 arası	-	-	-	-
Kişilerin IVF-ET'den bekledikleri gebelik şansı*				
Fikri yok	1	0.9	3	2.7
%25 ten az	10	8.8	15	13.3
%26-%50 arası	31	27.4	68	60.2
%51-%75 arası	35	31.0	15	13.3
%76-%100 arası	36	31.9	12	10.5

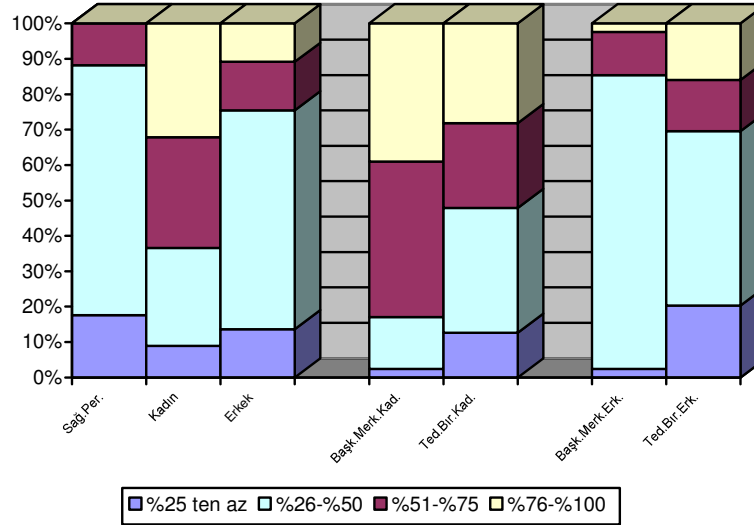
*p=0.00, $\chi^2=45.85$

Tablo 4.3.1.'de, sağlık personelinin çifte açıklama yaparken, en yüksek oranda %26-%50 arası gebelik şansı olduğunu söylediği (%53.1), ancak kadınların tedaviden en yüksek oranlarda %76-%100 arası (%31.9) ve %51-%75 arası (%31.0) bir gebelik beklediği görülmektedir. Erkeklerin tedaviden bekledikleri gebelik oranları ise sağlık personelinin açıkladığına daha yakın olmakla birlikte, %10.5'inin %76-%100 arası bir gebelik beklediği belirlenmiştir. Kadınların kendi tedavilerine ilişkin düşündükleri gebelik şansının, erkeklerin düşündüğünden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir (p=00). Grafik 4.3.1'de, sağlık personelinin çiftlere açıkladığı gebelik oranı ile kadın ve erkeklerin kendileri için tahmin ettikleri oranların grafiği yer almaktadır.

Grafik 4.3.1. Sağlık personeli tarafından, çifte açıklanan IVF-ET tedavisine bağlı başarı şansı ile kadın ve erkeklerin kendi tedavilerine yönelik düşündükleri gebelik şansları



Grafik 4.3.2. Sağlık personeli tarafından açıklanan, ve kadın ve erkeklerin düşündükleri gebelik şansının başka bir merkeze gitme ve tedaviyi bırakma durumlarına göre karşılaştırılması



Tablo 4.3.2. Kadın ve erkeklerin, kendi tedavilerine ilişkin düşündükleri gebelik şansı ile GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA’da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		p	χ^2
	n	%	n	%		
Kadınların düşündükleri gebelik şansı						
Fikri yok	-	-	1	1.4		
%25 ten az	1	2.4	9	12.5		
%26-%50 arası	6	14.7	25	34.7	0.01	11.91
%51-%75 arası	18	43.9	17	23.6		
%76-%100 arası	16	39.0	20	27.8		
Erkeklerin düşündükleri gebelik şansı						
Fikri yok	-	-	3	4.2		
%25 ten az	1	2.4	14	19.4		
%26-%50 arası	34	82.9	34	47.2	0.00	20.44
%51-%75 arası	5	12.3	10	13.9		
%76-%100 arası	1	2.4	11	15.3		

Tablo 4.3.2.’de, GATA’da tedaviyi bırakan kadınların %43.9’unun, en yüksek oranda tedaviden %51-%75 arası, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların ise %34.7’sinin %26-%50 arası gebelik şansı bekledikleri görülmektedir. Tedaviye başka merkezde devam eden kadınların tedaviyi bırakan kadınlara göre, daha yüksek oranlarda gebelik beklentileri olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.01).

GATA’da tedaviyi bırakan erkeklerin %82.9’unun, IVF-ET tedavisini bırakan erkeklerin ise %47.2’sinin, %26-%50 arası şans bekledikleri görülmektedir. IVF-ET tedavisini bırakan erkeklerin, tedaviye başka merkezde devam edenlere göre daha yüksek oranlarda gebelik bekledikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.00).

Tablo 4.3.3. Çiftlerin tedavi giderlerini karşılama durumları ile GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumları

	GATA'da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72	
	n	%	n	%
Tedavi giderlerini karşılama şekli				
Kendileri+sosyal güvence	31	75.6	54	75.0
Borç\kredi alarak	5	12.2	8	11.1
Kendileri	5	12.2	10	13.9
Tedavi için harcadıkları toplam miktar (YTL)				
3.000 YTL'den az	1	2.4	12	16.7
3.001-10.000 YTL	26	63.4	46	63.9
10.000 YTL'den fazla	14	34.2	14	19.4
$\bar{X} \pm SD$	10573.17+5774. 47		9256.94+8359.44	

Tablo 4.3.3.'te, GATA'da tedaviyi bırakan ve IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin, en yüksek oranlarda tedavi giderlerini "kendileri ve sosyal güvencelerinin" karşıladığı görülmektedir (sırasıyla %75.6, %75.0).

Çiftlerin tedavi için aile bütçelerinden harcadıkları miktarlar incelendiğinde, GATA'da tedaviyi bırakan çiftlerin %63.4'ü, IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin %63.9'u, 3001-10.000 YTL arasında harcama yapmıştır.

Tablo 4.3.4. Kadın ve erkeklerin, tedavi sırasında en çok zorlandıkları dönemlere göre GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA'da tedaviyi bırakanlar		IVF-ET tedavisini bırakanlar		p	χ^2
	n	%	n	%		
Kadınların IVF-ET tedavisinde en çok zorlandıkları dönem dağılımları*						
Tedaviye karar verme	6	14.6	17	23.6	0.25	1.29
Tetkikleri ve kontroller	27	65.9	26	36.1	0.00	9.27
İlaçları kullanma	29	70.7	42	58.3	0.19	1.72
OPU aşaması	28	68.3	43	59.2	0.36	0.82
Eşinden sperm alınması	5	12.2	22	30.6	0.02	4.84
Embriyo transferi	18	43.9	20	27.8	0.08	3.04
Gebelik testini bekleme	24	58.5	35	48.6	0.31	1.03
Başarısız IVF-ET sonrası	25	61.0	42	58.3	0.78	0.07
Erkeklerin IVF-ET tedavisinde en çok zorlandıkları dönem dağılımları						
	n=41		n=72			
Sperm verme	7	17.1	11	15.3		
Eşinin yaşadığı zorlukların farkına vardığı	8	19.5	11	15.3	0.30	3.66
Gebelik testini bekleme	15	36.6	18	25.0		
Başarısız IVF-ET sonrası	11	26.8	32	44.4		

* n katlanmıştır.

Tablo 4.3.4'te, kadın ve erkeklerin, en çok zorlandıkları dönemlere göre GATA'da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması görülmektedir.

GATA'da tedaviyi bırakan kadınların, en yüksek oranlarda ilaçları kullanma (%70.7), OPU (%68.3), tetkikler- kontroller (%65.9) ve başarısız IVF-ET sonrası dönemde (%61) zorlandıkları belirlenmiştir.

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların, en yüksek oranlarda OPU (%59.2), ilaçları kullanma (%58.3) ve gebelik testinin sonucunu öğrendikten sonraki dönemde (%58.3) zorlandıkları belirlenmiştir.

GATA'da tedaviyi bırakan kadınların %65.9'u, tetkikleri yaptırma ve kontroller aşamasında zorlandıklarını belirtirken, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların yalnızca %36.1'i bu aşamada zorlandıklarını ifade etmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0.00$).

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların %30.6'sı, eşinden sperm alınması aşamasında zorlandıklarını belirtirken, GATA'da tedaviyi bırakan kadınların ise yalnızca %12.2'si bu aşamada zorlandıklarını ifade etmiştir ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.02$).

GATA'da tedaviyi bırakan erkeklerin %36.6'sı, gebelik testini bekleme aşamasında zorlandıklarını, IVF-ET tedavisini bırakan erkeklerin %44.4'ü, gebelik testinin sonucunu öğrendikten sonraki dönemde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0.3$).

Tablo 4.3.5. Kadınların sağlık personeline gereksinim duyma ve destek alma durumlarına göre GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA’da tedaviyi bırakanlar		IVF-ET tedavisini bırakanlar		p	χ^2
	n	%	n	%		
Sağlık personeline gereksinim duyma durumları*						
Tedavi kararını alma aşamasında	4	9.8	13	18.1	0.23	1.40
Sormak istediği sorular olduğunda	38	92.7	55	76.4	0.02	4.76
Gebelik, düşükle sonuçlandığında	3	7.3	14	19.4	0.08	3.00
Başarısız IVF-ET sonrası	16	39.0	39	54.2	0.12	2.39
Yapılan işlemler dışında ihtiyaç duymayanlar	-	-	7	9.7	0.03	4.24
Destek alma durumları						
	n=41		n=72			
Sağlık personeli	1	2.4	14	19.4	0.02	10.83
Eşi	22	53.7	40	55.6		
Ailesi	12	29.3	8	11.1		
Hiç kimseden destek almayanlar	6	14.6	10	13.9		

* n katlanmıştır.

Tablo 4.3.5’te, GATA’da tedaviyi bırakan kadınların %92.7’si, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların ise %76.4’ü, en yüksek oranlarda “sormak istediği sorular olduğunda” sağlık personeline gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.02).

GATA’da tedaviyi bırakan kadınların %53.7’si, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların ise %55.6’sı, en yüksek oranlarda, eşlerinden destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık personeline destek alma oranları incelendiğinde, GATA’da tedaviyi bırakan kadınların yalnızca %2.4’ünün, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların ise %23.6’sının sağlık personeline destek aldıklarını belirttikleri görülmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.02).

Tablo 4.3.6. Erkeklerin sağlık personeline gereksinim duyma ve destek alma durumlarına göre GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA'da tedaviyi bırakanlar n=113		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=113		p	χ^2
	n	%	n	%		
Sağlık personeline gereksinim duyma durumları*						
Tedavi kararını alma aşamasında	3	7.3	13	18.1	0.11	2.47
Sormak istediği sorular olduğunda	8	19.5	15	20.8	0.86	0.02
Gebelik, düşükle sonuçlandığında	3	7.3	5	7.9	0.94	0.00
Başarısız IVF-ET sonrası	33	80.5	51	70.8	0.25	1.27
Yapılan işlemler dışında ihtiyaç duymayanlar	7	17.1	18	25.0	0.32	0.95
Destek alma durumları	n=41		n=72			
Sağlık personeli	11	26.8	28	39.4	0.10	10.46
Eşi	24	58.5	33	46.5		
Ailesi	5	12.2	7	9.9		
Hiç kimseden destek almayanlar	1	2.4	3	4.2		

* n katlanmıştır.

Tablo 4.3.6.’da, GATA’da tedaviyi bırakan erkeklerin %80.5’inin, IVF-ET tedavisini bırakan erkeklerin %70.8’inin, en yüksek oranlarda “başarısız IVF-ET sonrası” sağlık personeline gereksinim duydukları görülmektedir. GATA’da tedaviyi bırakan erkeklerin %58.5’i, IVF-ET tedavisini bırakan erkeklerin %46.5’i, kadınlara benzer şekilde, en büyük desteği eşlerinden aldıklarını ifade etmişlerdir.

Erkeklerin sağlık personelinden destek alma oranları incelendiğinde GATA’da tedaviyi bırakanların %26.8’inin, IVF-ET tedavisini bırakanların %39.4’ünün sağlık personelinden destek aldıkları görülmektedir. İki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0.10).

Tablo 4.3.7. Kadınların tedavinin negatif sonucunda hissettikleri duygular ve sağlık personelinin yaklaşımına ilişkin düşünceleri ile GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA’da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		p	χ^2
	n	%	n	%		

Tedavinin negatif sonucunda hissettikleri duygular						
“Tükenmişlik”, “yıpranmışlık” ve “ölüm gibi” olarak tanımlayanlar	36	87.8	65	90.3	0.90	7.85
Umudunu kaybetmeyenler	5	12.2	7	9.7		

Sağlık personelinin yaklaşımına ilişkin düşünceleri						
Elinden geleni yaptı	8	19.5	44	61.1	0.00	18.19
Elinden geleni yapmadı	33	80.5	28	38.9		

Tablo 4.3.7’de, hem GATA’da tedaviyi bırakanların (%87.8), hem de IVF-ET tedavisini bırakanların (%90.3), gebelik testinin negatif gelmesini “tükenmişlik”, “yıpranmışlık” ve “ölüm gibi” olarak tanımladıkları görülmektedir. İki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0.90).

GATA’da tedaviyi bırakan kadınların büyük çoğunluğu, sağlık personelinin çocuk sahibi olabilmeleri için elinden geleni yapmadığını, düşünürken (%80.5), IVF-ET tedavisini bırakan kadınlar GATA’daki personelin elinden geleni yaptığını (%61.1) düşünmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlıdır (p=0.00).

Tablo 4.3.8. Erkeklerin tedavinin negatif sonucunda hissettikleri duygular ve sağlık personelinin yaklaşımına ilişkin düşünceleri ile GATA’da tedaviyi bırakma ve IVF-ET tedavisini bırakma durumlarının karşılaştırılması

	GATA’da tedaviyi bırakanlar n=41		IVF-ET tedavisini bırakanlar n=72		p	χ^2
	n	%	n	%		
Tedavinin negatif sonucunda hissettikleri duygular						
“Tükenmişlik”, “yıpranmışlık” ve “ölüm gibi” olarak tanımlayanlar	25	61.0	48	66.7	0.78	1.08
Umudunu kaybetmeyenler	16	39.0	24	33.3		
Sağlık personelinin yaklaşımına ilişkin düşünceleri						
Elinden geleni yaptı	12	29.3	46	63.9	0.00	12.53
Elinden geleni yapmadı	29	70.7	26	36.1		

Tablo 4.3.8.’de, hem GATA’da tedaviyi bırakanların (%61.0), hem de IVF-ET tedavisini bırakanların (%66.7), gebelik testinin negatif gelmesini “tükenmişlik”, “yıpranmışlık” ve “ölüm gibi” olarak tanımladıkları görülmektedir. İki grup arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0.90).

GATA’da tedaviyi bırakan erkeklerin de büyük çoğunluğu sağlık personelinin kendileri için elinden geleni yapmadığını (%70.7), IVF-ET tedavisini tamamen erkekler ise yaptığını (%63.9) düşünmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlıdır (p=0.00).

4.4. IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerin, çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçme, GATA’da aldığı tedaviyi bırakan kadın ve erkeklerin başka bir merkeze gitme nedenlerine nedenlerine yönelik bulgular

Tablo 4.4.1 Kadınların, IVF-ET tedavisini bırakma kararını etkileyen faktörlerin dağılımı (n=72)

	n	%
Kişisel nedenler*		
Psikolojik zorluklar	55	76.4
Maddi imkanlarının tükenmesi	37	51.4
Gebe kalma ümidini yitirmesi	20	27.8
Yaşının ilerlemesi	19	26.4
Tedavilerin evlilik ilişkisini yıprattığını düşünmesi	14	19.4
Eşinin tedaviyi bırakma isteği	9	12.5
Eşiyle cinsel hayatının bozulduğunu düşünmesi	7	9.7
Çocuk isteğinden vazgeçmesi	6	8.3
Evlat edinmeleri	3	4.2
Tedaviye ilişkin faktörler*		
İlaç kullanmanın ve yan etkilerinin yaşattığı güçlükler	29	40.3
Tedavide yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	25	36.2
Tetkik ve evrak prosedürünün zor ve zahmetli olması	23	31.9
Çifte özel gebelik şansının düşük olması	22	30.6
Başka sağlık sorunlarının olması\ortaya çıkması	7	9.7
GATA Tüp Bebek Merkezi ve personeline yönelik faktörler*		
Merkezin fiziki koşullarından memnuniyetsizlik	38	52.8
Sağlık personeline rahat ulaşamaması	30	41.7
İşlemler hakkında yeterli açıklama yapılmaması	27	37.5
Mahremiyetine özen gösterilmemesi	23	31.9
GATA’da aldığı tedavinin, bağlı bulunduğu sosyal kurum tarafından ödenmemesi	18	25.0
Merkezdeki personelin ilgili davranmaması	15	20.8

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.1’de, kadınların tedaviyi bırakma kararını etkileyen kişisel, tedaviye ilişkin, Tüp Bebek merkezi ve personeline yönelik faktörlerin dağılımı incelenmiştir. Kadınların, tedaviyi bırakma kararını etkileyen kişisel nedenlerin, en yüksek oranlarda tedavi sürecinin yarattığı psikolojik tükenme (%76.4) ve tedaviyi karşılayacak maddi imkanlarının tükenmesi olduğu belirlenmiştir (%51.4). Tedaviye ilişkin faktörler olarak, kadınların %40.3’ü ilaç kullanmanın ve yan etkilerini yaşamanın getirdiği güçlükler ve % 36.2’si tedavide yapılan işlemlerin fiziksel olarak acı vermesini göstermiştir. İşlemlerin yapıldığı merkezin fiziki koşullarının uygun olmaması (%52.8) ve sağlık personeline istediği zaman ulaşamaması, Tüp Bebek Merkezi ve personeline yönelik faktörler olarak, kadınların tedaviyi bırakma kararını etkilemiştir(%41.7).

Tablo 4.4.2. Kadınlara, IVF-ET tedavisini bırakma kararını verdiren nedenlerin önem sırasına göre dağılımları

	n	%
Birinci en önemli neden *	n=54	
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	29	53.7
Psikolojik tükenme	15	27.8
Maddi olanakların tükenmesi	5	9.3
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	4	7.4
Fiziksel tükenme	1	1.9
İkinci en önemli neden *	n=48	
Maddi olanakların tükenmesi	17	35.4
Tıbbi öneriler	9	16.8
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	7	14.6
Fiziksel tükenme	7	14.6
Psikolojik tükenme	6	12.5
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	2	4.2
Üçüncü en önemli neden *	n=46	
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	13	28.0
Psikolojik tükenme	11	23.9
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	8	17.4
Maddi olanakların tükenmesi	7	15.2
Tıbbi öneriler	5	10.9
Fiziksel tükenme	2	4.3

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.2.'de kadınların IVF-ET tedavisini bırakma kararını verdiren en önemli ilk üç nedenin dağılımları verilmiştir. Kadınların IVF-ET tedavisini bırakma kararında, en önemli nedenin başarısız tedaviler ve baş etme korkusu (%53.7), ikinci en önemli nedenin ise maddi olanakların tükenmesi olduğu belirlenmiştir (%35.4). En önemli üçüncü neden, yine en yüksek oranda başarısız tedaviler ve baş etme korkusu olup (%28.0) bu oranı daha sonra tedaviye bağlı psikolojik tükenme izlemiştir (%23.9).

Tablo 4.4.3. Erkeklere, IVF-ET tedavisini bırakma kararını verdiren nedenlerin önem sırasına göre dağılımları

	n	%
Birinci en önemli neden *	n=55	
Maddi olanakların tükenmesi	25	45.5
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	16	29.1
Eşine yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	4	7.3
Tıbbi öneriler	4	7.3
Psikolojik tükenme	4	7.3
Eşinin, tedavileri bırakma isteği	2	3.6
İkinci en önemli neden *	n=51	
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	22	43.1
Maddi olanakların tükenmesi	9	17.6
Tıbbi öneriler	8	15.7
Eşine yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	6	11.8
Psikolojik tükenme	3	5.9
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	2	3.9
Eşinin tedavileri bırakma isteği	1	1.4
Üçüncü en önemli neden *	n=48	
Psikolojik tükenme	15	31.3
Eşine yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	8	16.7
Eşinin tedavileri bırakma isteği	6	12.5
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	6	12.5
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	7	14.6
Maddi olanakların tükenmesi	4	8.3
Tıbbi öneriler	2	4.2

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.3.'te, erkeklere IVF-ET tedavisini bırakma kararını verdiren en önemli nedenler incelendiğinde, en önemli ilk nedenin maddi olanakların tükenmesi (%45.5), ikinci nedenin başarısız tedaviler ve baş etme korkusu (%43.1) ve üçüncü nedenin, tedaviye bağlı psikolojik tükenme olduğu görülmektedir (%31.3).

4.4.4. Kadınlara ve erkeklere, IVF-ET tedavisini bırakma kararını verdiren en önemli nedenlerin kendi içinde dağılımları*

	Kadın		Erkek	
	n=72			
	n	%	n	%
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	48	66.6	44	61.1
Psikolojik tükenme	31	43.0	22	30.5
Maddi olanakların tükenmesi	29	40.2	38	52.8
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	14	19.4	9	12.5
Tıbbi öneriler	14	19.4	14	19.4
İşlemlerin zor ve acı verici olması	10	13.9	18	25.0
Eşinin tedaviyi bırakma isteği	-	-	8	11.1

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.4.'te, kadınlara tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli nedenlerin kendi içinde dağılımları gösterilmektedir. Kadınların %66.6'sı başarısız tedaviler ve baş etme korkusu, %43.0'ı tedaviye bağlı psikolojik tükenme %40.2'si ise maddi olanaklarının tükenmesini nedeniyle, tedavileri bırakma kararını vermelerinde etkili olan ilk üç neden olarak belirtmişlerdir.

Erkeklerle tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli nedenlerin kendi içinde dağılımları incelendiğinde, erkeklerin %61.1'i başarısız tedaviler ve baş etme korkusunu, %52.8'i maddi olanakların tükenmesini, %30.5'i psikolojik tükenmeyi, tedaviyi bırakmalarına neden olan ilk üç neden arasında saymışlardır.

Tablo 4.4.5. Kadınların, GATA’da tedaviyi bırakma kararlarını etkileyen faktörlerin dağılımı (n=41)

	n	%
Kişisel nedenler*		
GATA’da gebelik elde edemediği için, şansını başka merkezde denemek istemesi	34	82.9
GATA’dan sonra gittiği merkezin başarı oranının, daha yüksek olduğunu duyması	27	65.9
Tayin/taşınma	13	31.7
İşyerinden izin/sevk almakta güçlük çekmesi	3	7.3
Tedaviye ilişkin faktörler*		
Bir sonraki tedavi için, ileri bir tarihe gün verilmesi	24	58.5
GATA’da tetkik ve evrak prosedürünün uzun zaman alması	22	53.7
Tedavide yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	7	17.1
Başka sağlık sorunlarının olması\ortaya çıkması	2	4.9
GATA Tüp Bebek merkezi ve personeline yönelik faktörler*		
Merkezde, işlemler hakkında yeterli açıklama yapılmaması	31	75.6
Merkezde, işlemlerin yapıldığı bina koşullarının uygun olmaması	31	75.6
Merkezde, mahremiyetine özen gösterilmemesi	31	75.6
Merkezde, sağlık personeline rahat ulaşamaması	30	73.6
Tedavi aldığı doktordan memnun kalmaması	26	63.4
Merkezdeki personelin ilgili davranmaması	17	41.5
GATA’da aldığı tedavinin, bağlı bulunduğu sosyal kurum tarafından ödenmemesi	2	4.9

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.5.'te, kadınların başka bir merkezde gitme kararını etkileyen kişisel, tedaviye yönelik, Tüp Bebek Merkezi ve personeline yönelik faktörlerin dağılımı incelenmiştir. Kadınların, GATA'dan sonra başka bir merkeze gitme kararını etkileyen kişisel nedenlerin, en yüksek oranlarda GATA'da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi (%82.9) ve GATA'dan sonra gittiği merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması olduğu belirlenmiştir (%65.9). Kadınların %58.5'i, sonraki tüp bebek uygulaması için ileri bir tarihe gün verilmesi ve %53.7'si GATA'da tetkik ve tedavi prosedürünün uzun sürmesi gibi tedaviye ilişkin faktörler olarak, tedaviyi bırakma kararını etkilediğini belirtmiştir. Tüp Bebek Merkezi ve personeli açısından ise en yüksek oranlarda, merkezde işlemler hakkında yeterli açıklama yapılmaması (%75.6), işlemlerin yapıldığı bina koşullarının uygun olmaması (%75.6) ve mahremiyetine özen gösterilmemesinin (%75.6) kadınlar tarafından tedavi aldıkları merkezi değiştirmelerinde etkili faktörler oldukları gösterilmiştir.

Tablo 4.4.6. Kadınlara GATA’da tedaviyi bırakma kararını verdiren nedenlerin önem sırasına göre dağılımları

	n	%
Birinci en önemli neden *	n=32	
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	15	46.9
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	7	21.9
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka merkezde denemek istemesi	5	15.6
Başka merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	3	9.4
Başka merkezde daha iyi ilgi ve alaka göreceğini düşünmesi	2	6.3
İkinci en önemli neden *	n=26	
Başka merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	7	26.9
Başka merkezde daha iyi ilgi ve alaka göreceğini düşünmesi	5	19.2
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	5	19.2
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	4	15.4
Psikolojik tükenme	3	11.5
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	2	7.7
Üçüncü en önemli neden *	n=19	
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	8	42.1
Başka merkezde daha iyi ilgi ve alaka göreceğini düşünmesi	7	36.8
Başka merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	2	10.5
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	2	10.5

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.6.'da, kadınlara GATA'da tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli nedenin, Tüp bebek merkezinden ve personelinden memnuniyetsizlik (%46.9), en önemli ikinci nedenin, başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olması (%26.9), üçüncü nedenin ise şansını başka merkezde denemek istemesi (%42.1) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4.7. Erkeklerle, GATA’da tedaviyi bırakma kararını verdiren nedenlerin önem sırasına göre dağılımları

	n	%
Birinci en önemli neden *	n=36	
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	14	38.9
Eşine yapılan işlemlerin zor ve acı verici olması	6	16.7
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	6	16.7
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	7	19.5
Eşinin tedavileri bırakma isteği	3	8.3
İkinci en önemli neden *	n=34	
Başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	10	29.4
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	9	26.5
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	6	17.6
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	9	26.5
Üçüncü en önemli neden *	n=29	
Başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	17	58.6
GATA’da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	6	20.7
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	6	20.7

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.7’de, erkeklerle GATA’da tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli nedenin başarısız tedaviler ve baş etme korkusu (%38.9), en önemli ikinci ve üçüncü nedenin, başka merkezin başarı oranının daha yüksek olması (sırasıyla %29.4, %58.6) olduğu görülmektedir.

4.4.8. Kadınlara ve erkeklere, GATA'da tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli nedenlerin kendi içinde dağılımları*

	Kadın		Erkek	
	n=41			
	n	%	n	%
Başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması	18	40.9	28	68.2
GATA'da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi	15	36.5	15	36.5
Merkez ve personelinden memnuniyetsizlik	14	34.1	16	39.0
Başarısız tedaviler ve baş etme korkusu	12	29.3	20	48.8
Başka merkezde daha iyi ilgi ve alaka göreceğini düşünmesi	10	24.4	-	-
Psikolojik tükenme	4	9.7	5	12.2
Tıbbi öneriler	5	12.2	-	-
Fiziksel tükenme\eşinin fiziksel tükenmesi	1	2.4	8	19.5
Eşinin tedaviyi bırakma isteği	-	-	7	17.1

* n katlanmıştır.

Tablo 4.4.8.'de, kadınlara GATA'dan sonra başka bir merkeze gitme kararını verdiren nedenlerin, en yüksek oranlarda, başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması (%40.9) ve GATA'da gebelik elde edemediği için şansını başka bir merkezde denemek istemesi (%36.5) olduğu görülmektedir. Erkeklerin de %68.2'si, başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması nedeniyle, tedaviye başka bir merkezde devam etmek istemiştir.

Tablo 4.4.9. GATA’da tedaviyi bırakan çiftlerin tedavi durumları

	n=41	
	n	%
Başka merkezde tedavisi devam ediyor	21	51.3
Başka merkezde aldığı tedavi sonrası çocuk sahibi olmuş	18	43.9
Çocuk sahibi olmaktan vazgeçmiş ve tedavileri tamamen bırakmış	2	4.9

Tablo 4.4.9.’da, GATA’da tedaviyi bırakan çiftlerin %43.9’unun başka bir merkezde çocuk sahibi olduğu, %4.9’unun çocuk sahibi olmaktan vazgeçerek, IVF-ET tedavisini tamamen bıraktığı görülmektedir. Çiftlerin %51.3’ü ise halen tedaviye devam etmektedir.

Tablo 4.4.10. IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerin, yeniden tedaviye başlamaya ilişkin düşüncelerinin dağılımı

	Kadın n=72		Erkek n=72	
	n	%	n	%
Asla düşünmeyenler	19	26.4	20	27.8
Kendisi istediği halde, eşi istemediği için düşünmeyenler	10	13.9	5	6.9
Düşünse de başlayacak gücü bulamayanlar	24	33.3	19	26.4
Maddi imkanı olursa, tekrar denemek isteyenler	15	20.8	25	34.7
Veri toplama formunu doldururken düşünmeye başlayanlar	4	5.6	3	4.2

Tablo 4.4.10.’da, IVF-ET tedavisini bırakan kadın ve erkeklerin, yeniden tedaviye başlamaya ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Kadınlar en yüksek oranda, tedaviye yeniden başlamayı düşünse de tekrar başlayacak gücü kendilerinde bulamadıklarını (%33.3), erkekler ise maddi imkanları olsaydı tekrar denemeyi düşündüklerini (%34.7) ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4.11. Kadın ve erkeklerin, GATA Tüp Bebek Merkezi ve personeline yönelik düşüncelerinin dağılımı

	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Memnun kaldıkları hususlar*				
Böyle bir hizmetin sunulmuş olması	21	34.5	32	49.2
Sağlık personelinin ilgisi	13	21.3	12	18.5
Hiçbir problem yaşamamış olmak	13	21.3	5	7.7
Geliştirilmesi gereken hususlar*				
Psikolojik destek	20	23.0	18	21.2
Personelin daha ilgili olması	17	19.5	16	18.8
Evrak prosedürünün azaltılması	15	17.2	9	10.6
Hasta yoğunluğunun azaltılması	17	19.5	9	10.6
Merkezin fiziki koşullarının düzeltilmesi	11	12.6	13	15.3
Hizmetin tamamen ücretsiz olması	7	8.0	20	23.5

**n katlanmıştır.

Tablo 4.4.11.'de, kadın ve erkeklerin, GATA Tüp Bebek Merkezi ve personeline yönelik düşünceleri görülmektedir. Kadınlar ve erkekler en yüksek oranlarda böyle bir hizmetin sunulmuş olmasından memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (Sırasıyla %34.5, %49.2) .

Kadın ve erkeklerin GATA Tüp Bebek merkezinde geliştirilmesi gereken hususlara ilişkin düşünceleri incelendiğinde, kadınların %23'ünün psikolojik destek verilmesi konusunda, erkeklerin %23.5'inin ise hizmetin tamamen ücretsiz olması konusunda beklentileri olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Literatürdeki farklı araştırmalara göre; IVF-ET tedavisini bırakma oranları, ortalama 3 siklus sonrası, %40-%70 arasında değişmektedir (4,6,7,8,55). Çalışmamızda ise telefon aramaları ile ulaşılan 244 çiftten, 148'inin (%60.65), GATA'da aldığı IVF-ET tedavisini bıraktıkları belirlenmiştir. Bu oran, literatürdeki çalışmalara benzer olmakla birlikte, telefon aramaları ile tüm çiftlere ulaşamadığından, tam olarak tedaviyi bırakma oranını yansıtmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ayrıca, GATA'da aldığı infertilite tedavisini bırakan çiftlerin %36.3'ünün, tedaviye başka bir merkezde devam ettiği, %63.7'sinin ise çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçerek, IVF-ET tedavisini tamamen bıraktığı belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın amacına uygun olarak; GATA'da tedaviyi bırakan çiftlerin GATA'dan vazgeçme nedenleri, IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin ise çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçme nedenleri ayrı olarak değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

Çalışmamızda; bazı bulguların tartışılmasında, GATA'da tedaviyi bırakarak başka bir merkezde devam edenler, "tedaviye devam eden grup" olarak ele alınmış ve "tedaviyi bırakanlar" ile karşılaştırma yoluna gidilmiştir.

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların yaş ortalaması 35.52 ± 4.35 , erkeklerin yaş ortalaması ise 38.73 ± 4.74 'tür (Tablo 4.1.1.). İnfertilite tedavisinde kadının yaşının önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Kadının biyolojik yaşının bir yıl artmasıyla tedaviye bağlı gebelik şansı, yaklaşık %4-6 arasında azalırken, kadın 40 yaşına geldiğinde tedaviyle gebe kalma şansı %5'lere kadar düşmektedir (20). Ancak çalışmada, IVF-ET tedavisini bırakan kadınların, yaş açısından biyolojik olarak halen gebe kalma ihtimallerinin yüksek olduğu bir dönemde oldukları belirlenmiştir. Buna göre; IVF-ET tedavisini tamamen bırakma kararında, kadının yaşının belirleyici bir faktör olmadığı değerlendirilmektedir. Bu sonuca benzer şekilde Rajkhowa ve arkadaşları da kadının yaşının tedaviyi bırakma kararını etkilemediğini belirtmiştir (6).

IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin, ortalama evlilik süresi 12.44 ± 4.81 yıl, infertilite süresi ise 9.36 ± 4.94 yıldır (Tablo 4.1.2., Tablo 4.1.3.) . Peddie ve arkadaşları (2005), çalışmalarında IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin infertilite

sürelerini, yaklaşık 3 yıl, Hammarberg ve arkadaşları da (2001) benzer şekilde 3.5 yıl olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda, IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin infertilite süresinin uzun olması, çiftlerin çocuk isteğinden vazgeçmeden önce, uzun bir tedavi sürecine dahil olduklarını ve bunun için literatürdekinden çok daha uzun süre çaba harcadıklarını düşündürmektedir.

Nitekim çiftlerin yaklaşık beşte biri, GATA'dan önce başka bir merkezde tedavi almış, GATA'daki tedaviyi bırakan çiftlerin ise yaklaşık üçte ikisi başka bir merkezde daha tedaviye devam etmiştir (Tablo 4.1.3.). Bu sonuç, çiftlerin çocuk sahibi olma isteğinden kolay vazgeçmediklerini ve bu nedenle başarıya ulaşmak için her yolu denemek istediklerini göstermektedir.

Tablo 4.1.3.'te, IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin GATA'da ortalama 2.18 ± 0.89 siklus tedavi aldığı, başka merkezde tedaviye devam eden çiftlerin de benzer şekilde ortalama 2.07 ± 0.84 siklus tedavi aldığı görülmektedir. Tedaviyi bırakan ve devam eden çiftlerin aldıkları siklus sayılarının birbirine benzer olması ; başka bir merkeze gitme veya tedaviyi bırakma kararlarının, yoğun olarak iki IVF-ET siklusundan sonra verildiğini göstermektedir. Peddie ve arkadaşları, IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin tedaviyi bırakmadan önce ortalama 3.2 siklus, Hammarberg ve arkadaşları ise 3.5 siklus tedavi aldıklarını belirlemiştir (55,56). Bu sonucun, çiftlerin bir an önce çocuk sahibi olabilmek için yeni yollar deneme isteklerinden ve maddi olanaksızlıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların büyük bir çoğunluğu (%87), tedavi alınacak merkeze karar vermeden önce, merkezin başarı oranının araştırılması gerektiğini düşünmektedir. Ancak, kadınların yalnızca üçte biri, GATA'yı bu kritere uyduğunu düşünerek seçmiştir. Kadınların GATA'ya gelme nedenlerinin en yüksek oranlarda, infertilite tanısı konulan merkez olması ve bağlı bulunduğu sosyal kurum olarak, tedavi giderlerinin karşılanması olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kadınların GATA'yı, tercihten daha çok bir zorunluluktan seçtiklerini göstermektedir (Tablo 4.2.1).

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların, tedavi öncesinde gebelik beklentilerinin, sağlık personeli tarafından kendilerine açıklanandan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1.). Kadınlar, gerçekçi olmayan

beklentilerle tedaviye başlarken, erkekler sağlık personelinin açıkladığı gebelik şansına yakın oranlarda, daha gerçekçi bir şans beklemiştir (Bkz Grafik 4.3.1.). Bu sonuç, kadınların anne olma isteği ve gebe kalma beklentilerinin daha yüksek olmasından dolayı, erkeklere oranla daha yüksek gebelik şansı beklediklerini düşündürmektedir. Ancak kadınların tedaviden beklediği yüksek ve gerçekçi olmayan gebelik oranları, tedavi negatif sonuçlandığında daha büyük bir hayal kırıklığı yaşamalarına ve daha fazla olumsuz etkileneceklerine neden olmaktadır. Peddie ve arkadaşları (2005), tedaviden bekledikleri gebelik şansı yüksek olan kadınların, başarısız uygulamalar sonrasında, daha olumsuz etkilenecek, tedaviyi tamamen bıraktıklarını belirlemişlerdir (55). Bizim çalışmamızda ise kadınların tedaviyi tamamen bırakmak yerine beklentilerini gerçekleştirmek üzere başka merkeze yöneldikleri düşünülmektedir. Tedaviye başka bir merkezde devam eden kadınların, tamamen bırakanlara göre gebelik beklentilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gebe kalmaya dair ümitlerinin yüksek olmasının bu kararlarını etkilediği düşünülmüştür (Tablo 4.3.2.).

Araştırma kapsamında, çiftler tedavi giderlerini en yüksek oranda, “kendi imkanları ve sosyal güvenceleri ile” karşılamışlardır. Ancak sosyal güvence, tedavi giderlerinin yalnızca bir kısmını karşıladığından, çiftlerin aile bütçelerinden toplam tedavi giderleri için ortalama 9256.9 YTL harcanmıştır. IVF-ET tedavisini bırakan çiftlerin, aylık gelirlerinin ortalama 1884.5 YTL olduğu göz önüne alındığında, çiftlerin tedaviler için, aylık gelirlerinin yaklaşık 5 katı miktarlarda harcama yaptıkları görülmektedir. Bu sonuç; çiftlerin büyük bir çoğunluğunun tedaviyi bırakmadan önce uzun bir süre, tedavi giderleri için aile bütçesini zorladığını göstermektedir (Tablo 4.3.3.).

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların, tedaviler sırasında en çok zorlandıkları dönemler incelendiğinde; “OPU işlemi”, “ilaçları kullanma” ve “başarısız IVF-ET sonrası” dönemlerin ön plana çıktığı görülmektedir (Tablo 4.3.4.). Nitekim, Akyüz de (2001), benzer şekilde, kadınların IVF-ET tedavisi sırasında en çok zorlandıkları aşamayı OPU olarak tanımlamıştır (19). IVF-ET tedavisinde, invaziv bir girişim olan OPU işleminin, genel anestezi altında yapılması ve ağrı vermesi nedeniyle, kadınlar en çok bu işlemde korkmakta

ve stres yaşamaktadırlar. Tedavinin ilk basamağı olan ilaçları kullanma aşamasının, gerek karışık olması gerekse yanlış kullanımın tedavi sürecini aksatma olasılığı nedeniyle, kadınların stres yaşamalarına yol açtığı düşünülmektedir. Hammarberg ve arkadaşlarının çalışmasında da tedaviyi bırakan kadınların %29'u, ilaçları kullanma aşamasını, stresli bir dönem olarak tanımlamışlardır (56). Çiftlerin, bütün güçlüklerine rağmen IVF-ET tedavisine katlanmalarının sebebi, sonunda başarıya ulaşacaklarına ve bir bebek sahibi olacaklarına dair beklentileridir. Bu nedenle başarısız IVF-ET sonrası dönem, her iki eş içinde bütün umutların tükendiği, oldukça stresli bir dönemdir. Bu dönem aynı zamanda, çiftlerin yeni bir tedavi siklusuna başlayıp başlamayacakları konusunda karar vermeleri gereken, ancak hastane ile iletişimlerinin olmadığı ve bu nedenle danışmanlık almakta zorlandıkları bir dönemdir. Nitekim Dudok ve arkadaşları da çiftlerin, “gebelik testinin sonucunu bekleme ve sonucu öğrendikten sonraki dönemler” gibi hastane ile iletişimlerinin bulunmadığı zamanları daha stresli tanımladıklarını belirlemişlerdir (57). Hammarberg ve arkadaşları da (2001), kadınların tedavi sürecinde en stresli olarak tanımladıkları dönemleri sırasıyla: gebeliğin düşükle sonuçlandığı, tedavinin başarısızlıkla sonuçlandığı, gebelik testinin sonucunu bekleme gibi tek başlarına yaşadıkları süreçler olduğunu belirlemiştir (56).

GATA’da “tetkikleri verme ve kontroller” aşamasında zorlanan kadınların büyük çoğunluğunun, tedavisine başka bir merkezde devam ettiği, “eşinden sperm alınması” aşamasında daha çok zorlanan kadınların ise IVF-ET tedavisini bıraktığı ve iki grup arasında fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.4.). GATA’nın bir devlet kurumu olması nedeniyle yapılan tüm işlemler belirli bir prosedürde gerçekleşmektedir. Özel merkezlere oranla, daha uzun süren bu aşamada zorlanan kadınların, bu prosedürlerden kurtulmayı hedefledikleri için başka bir merkeze gittikleri düşünülmektedir. Eşinden sperm alınması aşamasında zorlandığını ifade eden kadınlar ise başka bir merkezde devam etseler dahi, bu işlemi yaptırmaları gerektiğinden IVF-ET tedavisini bırakma yolunu seçtikleri düşünülmektedir.

Hem IVF-ET tedavisini bırakan hem de GATA'da tedaviyi bırakan erkekler en yüksek oranda, gebelik testinin sonucunu öğrendikten sonraki dönemde zorlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.4.). Tedavi sürecinde, genellikle erkeklere herhangi bir işlem yapılmadığından, süreçten çok sonuca yönelik zorlanma belirtmelerinin doğal olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada GATA'da aldığı tedaviyi bırakan kadınlar daha yüksek oranda olmakla birlikte, her iki gruptaki kadınların, en yüksek oranda sormak istediği sorular olduğunda sağlık personeline gereksinim duydukları ve aralarında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.02$) (Tablo 4.3.5.). IVF-ET süreci özellikle kadınlar için oldukça karışık işlemler içerir ve bu süreç içerisinde sık sık sağlık personelinin danışmanlık almaya ihtiyaç duyarlar. Ayrıca, kısmen tedavinin sonucunu belirleyecek olan, OPU ile toplanan oosit sayısını, gelişen ve transfer edilecek embriyo sayısını ve tedavinin gidişini de bilmek isterler. Bu bağlamda tedaviye başka bir merkezde devam eden kadınların kararlarında, ihtiyaç duydukları halde danışmanlık alamamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü istediği zaman sağlık personeline ulaşamamalarının tedavi sürecini zorlaştırdığı ve baş etmeyi olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Nitekim IVF-ET tedavisini bırakan kadınların %19.4'ü, GATA'da tedaviyi bırakanların ise yalnızca %2.4'ü, sağlık personelinin destek alabildiklerini ifade etmişlerdir ($p=0.02$). Kadınların yarısından fazlası, tedavi sürecinde en çok desteği eşinden almıştır. Akyüz de (2001) çalışmasında, IVF-ET tedavisine devam eden çiftlerin en büyük desteği eşlerinden aldıklarını ve sağlık personelinin destek alma oranlarının düşük olduğunu belirlemiştir (19).

Erkeklerin her iki grupta da, en yüksek oranlarda başarısız IVF-ET sonrası sağlık personeline gereksinim duydukları belirlenmiştir. (Tablo 4.3.6.). Erkekler, tedavi sürecinde kadınlar kadar yoğun yer almamaktadırlar. Dolayısıyla tedavi negatif sonuçlandığında, sağlık personelinin psikolojik danışmanlık amacıyla gereksinim duydukları düşünülmektedir. Bununla birlikte erkekler, kadınlara göre daha yüksek oranlarda sağlık personelinin destek alabildiklerini ifade etmişlerdir. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farkın, tedavi süreci ile ilgili birçok işlemin kadınlara yapılmasından ve bu

nedenle kadınların sağlık personelinin beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

GATA'da tedaviyi bırakan ve IVF-ET tedavisini bırakan kadınların tedavinin negatif sonucunda hissettikleri duygular incelendiğinde; her iki grubun en yüksek oranlarda kendini tükenmiş ve yıpranmış hissettiği ve sonucun negatif gelmesini "ölüm gibi" olarak tanımladıkları görülmektedir ($p=0.6$) (Tablo 4.3.7.). IVF-ET sürecinde, çiftlerin tek amacı çocuk sahibi olabilmektir bu nedenle tedavi negatif sonuçlandığında kendilerini kötü hissetmeleri, oldukça doğal bir tepkidir. Çiftler tedavi sonucu negatif geldiğinde, çocuk sahibi olamamalarının yanı sıra, bütün emeklerinin ve maddi kaynaklarının boşa gittiğini düşünerek kendilerini tükenmiş ve yıpranmış hissedebilirler (19).

Erkeklerin tedavinin negatif sonucunda kadınlara benzer şekilde olumsuz duygular yaşadıkları, ancak kadınlara göre daha yüksek oranlarda umutlarını kaybetmedikleri görülmektedir (Tablo 4.3.8.). Peterson ve arkadaşları (2006), kadınların infertiliteyi yaşamlarının en stresli olayı olarak tanımladıklarını, bu nedenle tedavi negatif sonuçlandığında erkeklere göre daha yüksek düzeylerde olumsuz duygular yaşadıklarını belirlemişlerdir (58). Hem erkekler hem de kadınlar için, kaybolmayan umut, yeniden tedaviye başlamak için bir güç oluşturmaktadır. Umut'un düşük oranda çıkması tedaviyi bırakma nedeni olarak da düşünülebilir.

IVF-ET tedavisini bırakan kadınlar, sağlık personelinin çocuk sahibi olabilmeleri için elinden geleni yaptığını düşünürken, tedaviye başka bir merkezde devam eden kadınlar, bu düşüncenin aksini düşünmektedir ve iki grup arasındaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p=0.00$) (Tablo 4.3.7.). Tedaviye başka bir merkezde devam eden ve IVF tedavisini bırakan erkekler de eşlerine benzer şekilde düşünmektedir ve aralarındaki fark ileri derecede anlamlıdır ($p=0.00$) (Tablo 4.3.8.).

İnfertilite tanısı alma, zor bir tedavi sürecine dahil olma, tekrarlayan sikluslar ve tüm bunlara rağmen gebelik elde edilememesi gibi süreçler, kadınlarda anksiyete ve depresyonun üst düzeylerde yaşanmasına neden olur ve bir süre sonra psikolojik tükenme ile sonuçlanabilir (59). Çalışmada

IVF-ET tedavisini bırakan kadınların büyük çoğunluğu, tedavi sürecinde yaşadıkları güçlükler nedeniyle psikolojik olarak tükenmelerini ve kendilerinde devam edecek gücü bulamamalarını, IVF-ET tedavisini bırakma kararlarını etkileyen en önemli faktör olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4.1.). Peddie ve arkadaşları da (2005) çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, kadınların tedavini süresince yoğun psikolojik etkiler yaşadıklarını ve bu olumsuz etkilerden kurtulmak için tedaviyi bıraktıklarını belirlemiştir (55). Söz konusu araştırmada IVF-ET sürecinin kronik bir stres kaynağı olduğu ve sürecin devam etmesiyle birlikte stresin daha da büyüdüğü belirtilmektedir. Ancak bu konuda yapılan diğer çalışmalar, tedaviyi bırakan kadınların da, olumsuz psikolojik etkilenmelerden kurtulamadığını göstermektedir. Slade ve arkadaşları (1997), tedavilerini tamamlamış ancak çocuk sahibi olamamış kadınları, son tedavilerinden 6 ay sonra değerlendirmiş, çok yüksek düzeylerde anksiyete ve depresyon yaşadıklarını belirlemişlerdir (60). Wirtberg ve arkadaşları (2007) ise, çocuk sahibi olmadan infertilite tedavisini bırakmış kadınları, tedaviden 20 yıl sonra değerlendirmişler ve yaşamlarının bir çok alanında, hala infertilitenin olumsuz etkilerini yaşadıklarını belirlemişlerdir (61).

Kadınlar, tedavi sürecindeki işlemlere ilişkin olarak; kullandıkları ilaçların yan etkileri ve yapılan işlemlerin acı verici olmasının da tedaviyi bırakma kararlarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. (Tablo 4.4.1.). IVF-ET’de kullanılan tüm ilaçların ve yapılan tüm girişimlerin kadının bedenine yönelik olması nedeniyle, tekrarlayan başarısız sikluslar sonrası, fiziksel tükenmeye yol açtığı ve bu tükenmenin, kadınların tedaviyi bırakma kararında etkili olduğu düşünülmektedir.

Merkezin fiziki koşullarından memnuniyetsizlik, sağlık personeline rahat ulaşamama ve işlemler hakkında yeterli açıklama yapılmaması gibi ifadeler, kadınların tedaviyi bırakma kararlarını etkileyen “merkeze ve personele yönelik” faktörler olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4.1.). Sağlık personeli tarafından çiftlerin karışık ve bilgi sahibi olmayı gerektiren işlemler hakkında eğitilmesi, işlemlerin planlanmasında ve tedavi seçeneklerinin uygulanmasında katılımlarının sağlanması açısından oldukça önemli olup

tedaviye devam kararlarını da etkileyebilecek önemli bir faktördür (13). Özellikle hemşireler, tedavi süresince bir çok uygulama esnasında kadınla birlikte olduğundan, süreç boyunca psikososyal danışmanlık ve destek görevini sürdürmede kilit konumda olan personeldir. İnfertilite konusunda uzmanlaşmış ve olumlu iletişim yöntemlerini kullanabilen hemşireler sayesinde kadınların tedaviyi bırakma kararlarında belirttiği, merkeze ve personeline yönelik faktörlerin tümünün önlenebileceği ve en azından psikolojik tükenmenin önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların IVF-ET tedavisini bırakma kararlarını etkileyen faktörlerin yanı sıra, “kararlarını kesinleştiren” en önemli üç nedeni, yazmaları istenmiştir. Buna göre, kadınların neredeyse tamamı tarafından, en önemli nedenin, tedavinin negatif sonuçlanması ve bu sonuçla baş etmenin güç olduğu, ikinci olarak ta tedaviyi karşılayacak maddi olanaklarının tükenmesi olduğu belirtilmiştir (Tablo 4.4.2.). Bu sonuca göre, tedavi sürecinin tüm zorluklarına katlanmalarına rağmen, kadınların tedaviye ilişkin en büyük korkularının başarısız sonuçla karşılaşmak olduğu görülmektedir. Daniluk (1997), çalışmasında kadınların başarısız tedaviler sonrası kendilerini yıpranmış, yorgun ve tükenmiş hissettiklerini belirlemiştir (62). Çalışmamızda da, başarısızlıkla sonuçlanan her tedavi siklusunun kadınların bu duyguları yeniden yaşamalarına neden olduğu ve bu nedenle tedaviyi bırakma yoluna gittikleri düşünülmektedir. Bu düşünceleri destekler nitelikte, Rajkhowa ve arkadaşları da (2006), tekrarlayan başarısız siklusların, tedaviyi bırakma kararını verdiren en önemli neden olduğunu belirlemişlerdir (6). Ayrıca başarısız sikluslar, aynı sürecin yeniden yaşanması gerekliliğinin yanı sıra, yeni bir maddi yükü de ortaya çıkarmaktadır. Akyüz (2001), tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında, maddi giderlerinin yüksek olması nedeniyle, çiftlerin yeni bir tedaviye başlama düşüncelerinin olumsuz etkilendiğini belirlemiştir (19). Ayrıca Akyüz’ün çalışmasında, tedavinin maddi boyutu bizim çalışmamıza göre daha ön plandadır. Bunun sebebi olarak, çalışmamızın kapsadığı 2005 yılında, Bütçe Uygulama Talimatına göre, tedavi giderlerinin bir kısmının devlet tarafından karşılanmasının, çiftler açısından maddi boyutu daha kolay hale getirmesinin etkili olduğu

düşünülmektedir. Land ve arkadaşları da (1997), benzer şekilde tedaviyi bırakma kararında, maddi olanakların tükenmesinin önemli faktör olduğunu belirlemişlerdir (4). Bu sonuç; kadınların tedaviyi bırakma kararlarında tekrarlayan başarısız siklusların yarattığı psikolojik etkilerle birlikte tedavinin maddi boyutunun da oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

Kadınların tedaviyi bırakma kararlarını etkileyen faktörler arasında ilk üç sırayı alan “psikolojik tükenme, merkez ve personelinin memnuniyetsizlik ile fiziksel tükenme” gibi faktörler, kararlarını kesinleştiren etkenler arasında daha alt sıralarda yer almaktadır. Bunun sebebinin ise, her ne pahasına olursa olsun, “çocuk sahibi olma isteği” olduğu düşünülmektedir. Nitekim, bu çiftlerin büyük çoğunluğunun sürecin tüm zorluklarına rağmen, tüm maddi imkanlarını zorlayarak uzun bir süre infertilite tedavisi almaları bu görüşü destekler niteliktedir.

Erkeklerin ise IVF-ET tedavisini tamamen bırakma kararlarını kesinleştiren en önemli ilk üç faktörün sırasıyla “maddi olanakların tükenmesi, başarısız tedaviler ve baş etme korkusu ile tedaviye bağlı psikolojik tükenme” olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.3.). Tedavi sürecinde aktif olarak yer almamalarından dolayı, erkeklerin gerek fiziksel, gerekse psikolojik olarak kadınlar kadar yıpranmadıkları düşünülmektedir. Ancak, erkekler de imkanlarını sonuna kadar zorlamakta ve maddi olanakları tükenene kadar tedaviye devam etmek istemektedirler. Bu sebeple, erkeklerde tedaviyi sona erdirme kararını verdiren faktörler arasında “maddi olanakların tükenmesinin” en başta geldiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, tedaviye başka bir merkezde devam eden çiftlerin GATA’dan vazgeçme nedenleri de araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda, çiftlerin GATA Tüp Bebek Merkezi’nde verilen hizmetten memnuniyetlerine ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir.

Kadınlara GATA’da tedaviyi bırakma kararlarını etkileyen kişisel nedenleri sorulduğunda; gebelik elde edemedikleri için şanslarını başka merkezde denemek istemeleri ve diğer merkezlerin başarı oranının daha yüksek olduğunu duymalarının üst sıralarda yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.4.5.). Bunun sebebinin, her ne kadar yapılan tedavinin içeriği aynı olsa da,

farklı bir merkezin vereceği hizmet ile daha farklı sonuçlar alınabileceği düşüncesinin yattığı söylenebilir.

“Bir sonraki siklus için oldukça ileri bir tarihe gün verilmesi” ile “GATA’da tetkik ve evrak prosedürünün uzun zaman almasının”, GATA’da aldıkları tedaviyle ilgili olarak, kadınları olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. İnfertilite tedavisinde kadının yaşının ilerlemesinin, tedavi sonucunu olumsuz etkileyen en önemli faktör olduğu düşünüldüğünde, çiftlerin bir an önce çocuk sahibi olabilmek için, beklemeden başka bir merkeze gitmeyi tercih ettikleri düşünülmektedir.

GATA Tüp Bebek Merkezi ve personelinin tedaviyi bırakma kararlarına olan etkisi sorulduğunda, kadınlar; işlemler hakkında yeterli açıklama yapılmadığını, bina koşullarının uygun olmadığını, mahremiyete özen gösterilmediğini ve istedikleri zaman sağlık personeline ulaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların merkeze yönelik olumsuz deneyimleri ve düşünceleri, GATA’da aldıkları tedaviyi bırakarak başka bir merkeze yönelmelerine neden olmuştur.

Kadınların başka bir merkeze gitme kararlarını etkileyen faktörlerin yanı sıra, bu kararlarını kesinleştiren en önemli nedenler incelendiğinde; en önemli birinci nedenin, “GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezinden ve personelinden memnuniyetsizlik” olduğu görülmektedir (Tablo 4.4.6). Olivious’un çalışmasında da (2004) “merkez ve personeline yönelik memnuniyetsizliğin”, kadınların IVF-ET tedavisini bırakmalarına yol açtığı belirlenmiştir (7). Kadınlar, tedaviye başka merkezde devam kararlarını kesinleştiren ikinci önemli faktörün, yine başka merkezin başarı oranının yüksek olduğunu duyması, ve üçüncü önemli faktörün şansını başka bir merkezde denemek istemesi olduğunu ifade etmiştir.

Erkeklerin GATA’da tedaviyi bırakma kararını kesinleştiren en önemli birinci neden; başarısız tedaviler, ikinci ve üçüncü neden ise, başka merkezin başarı oranının daha yüksek olmasıdır (Tablo 4.4.7.). Erkekler tedaviye başka bir merkezde devam etme kararı verirken, tedavi sürecinin yaşattığı güçlüklerden değil, bir tedavinin daha olumsuz sonuçlanmasından korkarak

başarı oranının yüksek olduğunu düşündükleri bir merkeze gitme yolunu seçmişlerdir.

GATA'dan sonra tedaviye başka bir merkezde devam eden çiftlerin durumları incelendiğinde, çiftlerin yarısından fazlasının hala tedaviye devam ettikleri, çok düşük bir kısmının ise çocuk sahibi olma isteğinden vazgeçerek tedavileri tamamen bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.9.). Bu sonuç; tedaviye devam etmekte olan çiftlerin, imkanı olduğu sürece çocuk sahibi olabilmek için elinden geleni yapacağını göstermektedir.

IVF-ET tedavisini bıraktığını belirten kadınların sadece %26.4'ünün, erkeklerin %27.8'inin asla yeni bir tedavi siklusuna başlamayı düşünmedikleri görülmektedir (Tablo 4.4.10.). Bu sonuç; tedaviyi bırakmış olan kadın ve erkeklerin de büyük bir kısmının, hala tedaviye devam ederek çocuk sahibi olma düşüncelerinin bulunduğunu göstermektedir. Hammarberg ve arkadaşları da tedaviyi tamamen bırakmış kadınlarla yaptıkları çalışmada %40'ının hala gebe kalmaya dair ümitlerinin olduğunu belirlemişlerdir (56).

Son olarak kadın ve erkeklere GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi ve personeline yönelik düşünceleri sorulmuştur. Kadınlar ve erkekler en yüksek oranlarda GATA'da böyle bir hizmetin sunulmuş olmasından memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar, GATA'nın daha iyi hizmet verebilmesi için tedavi almakta olan çiftlere psikolojik destek sağlanmasının yararlı olacağını, erkekler ise tedavinin tamamen ücretsiz olmasının kendilerine yararlı olacağını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.11.).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Telefon aramaları ile ulaşılan 244 çiftten 113'ünün (%60.65) GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'nde tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir.
2. GATA'da aldığı tedaviyi bırakan çiftlerin, yaklaşık üçte ikisinin tedavileri tamamen bıraktığı, üçte birinin ise başka bir merkezde tedaviye devam ettiği görülmüştür.
3. Çiftlerin GATA'da tedaviyi bırakma kararlarını etkileyebileceği düşünülen kadının yaşının ilerlemesinin, tedaviyi bırakma veya başka bir merkezde devam etme kararlarını etkilemediği belirlenmiştir.
4. Çiftlerin evlilik ve infertilite sürelerinin literatürdeki diğer çalışmalara göre daha uzun olduğu belirlenmiş, çocuk sahibi olabilmek için uzun bir süre tedavi sürecine dahil oldukları görülmüştür.
5. Tedaviyi bırakma kararlarının, yoğun olarak iki IVF-ET tedavisi sonrasında verildiği görülmüştür.
6. Kadınların tedavi için GATA'yı seçme nedenlerinin, sosyal güvencelerinin GATA'da aldıkları tedaviyi karşılamasından kaynaklandığı belirlenmiştir.
7. Tedaviden beklenen gebelik oranları açısından; erkekler daha çok, sağlık personelinin ifade ettiğine yakın bir olasılık belirtirken, kadınların gerçekçi olmayan yüksek beklentilerinin olduğu görülmüştür.
8. Tedaviye bağlı gebelik şansının, kendilerine açıklanandan daha yüksek olduğunu düşünen kadınların, diğerlerine göre daha yüksek oranda başka bir merkeze yöneldikleri belirlenmiştir.
9. IVF-ET tedavisinin kaçınılmaz süreçlerinde zorlandığını ifade eden kadınlar daha çok tedaviyi bırakırken, merkezdeki prosedürlerden kaynaklanan nedenlerle zorlananlar tedavi için başka bir merkeze gitmişlerdir.

10. IVF-ET tedavisini bırakan kadınların GATA'daki personelin kendileri için elinden geleni yaptığını düşündükleri, başka bir merkezde devam eden kadınların ise aksini düşündükleri belirlenmiştir.
11. Kadınların IVF-ET tedavisini bırakma nedenlerinin sırasıyla; "tedavilerin başarısızlıkla sonuçlanması ve bununla baş etme korkusu" ve "maddi olanakların tükenmesi" olduğu belirlenmiştir.
12. Erkeklerin IVF-ET tedavisini bırakma nedenlerinin sırasıyla; "maddi olanakların tükenmesi", "tedavilerin başarısızlıkla sonuçlanması ve bununla baş etme korkusu" ve "psikolojik tükenme" olduğu belirlenmiştir.
13. Kadınların başka bir merkeze gitme nedenlerinin: "Tüp bebek merkezinden memnuniyetsizlik", "başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması" ve "şansını başka bir merkezde denemek istemesi" olduğu belirlenmiştir.
14. Erkeklerin başka bir merkeze gitme nedenlerinin: "başarısızlıkla sonuçlanan tedaviler" ve "başka bir merkezin başarı oranının daha yüksek olduğunu duyması" olduğu belirlenmiştir.
15. Tedavisine başka bir merkezde devam eden çiftlerin çok düşük bir oranının daha sonra, çocuk sahibi olmaktan vazgeçerek IVF-ET tedavisini tamamen bıraktığı görülmektedir.
16. IVF-ET tedavisini bırakmalarına rağmen hala çiftlerin önemli bir oranının tedaviye yeniden başlamaya dair düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir.
17. Kadınlar ve erkekler GATA'da IVF-ET tedavisi hizmetinin verilmesinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.
18. Kadınlar GATA Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'nde bir psikolog olmasının, erkekler ise tedavilerin tamamının ücretsiz olmasının, tedavi almakta olan çiftlere yarar sağlayacağını düşünmektedir

6.2. Öneriler

1. Çiftlere ait arşiv bilgilerinin daha kolay ulaşılabilir şekilde elektronik ortama kaydedilmesi ve bu sırada her iki eşe ait cep telefonu numaraları ile birlikte ev telefonu, iş ve ev adresi bilgilerinin eksiksiz kaydedilmesi,
2. Bu çalışma sonuçlarına ve literatür bilgilerine göre çiftler, ilaçları kullanma aşaması ve OPU işlemi ile gebelik testinin negatif sonucunu aldıkları

dönemde zorlanmaktadırlar. Bu nedenle tedavinin tamamını kapsamakla birlikte çiftlerin bu dönemlerde eğitim ve danışmanlık verilerek desteklenmesi ve görev yapan personelin bunu sağlayacak nitelik ve niceliğe sahip olması,

3. Bu çalışma ile çiftlerin IVF-ET tedavisini bırakma nedenleri belirlenmiştir. Ayrı bir çalışma ile tedaviyi bırakmış çiftlerin psikososyal durumlarının ve tedaviyi bırakmalarında etkisinin değerlendirilmesi,
4. Tedavi almakta olan çiftlerin merkeze yönelik memnuniyetlerinin belirli periyotlarla ölçülmesi ve bu ölçümlerin çiftlerin gerçek düşüncelerini yansıtması açısından mümkünse merkezde çalışmayan sağlık personeli tarafından yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cousineau TM., Domar A. Psychological impact of infertility. Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynaecology; 21(2): 293-308, 2007
2. Aboulghar MA. The importance of fertility treatment in the developing world. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 112: 1174-1176, 2005
3. Holter H., Anderheim L., Bergh C., Möller A. First IVF treatment-short term impact on psychological well-being and the marital relationship. Human Reproduction Advanced Access Published August 24;1-8, 2006
4. Land JA., Courtar DA., Evers JLH. Patient dropout in a assisted reproductive technology program: implication for pregnancy rates. Fertility and Sterility; 68 (2) :278-281, 1997
5. Malcolm CE., Cumming DC. Follow-up of infertile couples who dropped out of a specialist fertility clinic. Fertility and Sterility; 81(2):269-271, 2004
6. Rajkhowa M., Mcconnell A., Thomas GE. Reasons for discontinuation of IVF treatment : a questionnaire study. Human Reproduction; 21(2): 358-363, 2006
7. Olivious C., Friden B., Borg G., Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. Fertility and Sterility; 81(2): 258-261, 2004
8. Domar A. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. Fertility and Sterility; 81(2): 271-273, 2004
9. Broeck U.V., Enzlin P., Holvoet L., Bakelants E., D'hooghe T., Vanderschueren D., Demyttenaere K. Reasons for drop-out in infertility treatment: an analysis, Abstracts of the 22nd Annual Meeting of the ESHRE, Prague, Czech Republic, 18–21 June 2006

10. Decherney A.H., Nathan L., Goodwin TM., Laufer N. Current Diagnosis&Treatment, Obstetrics&Gynecology, Tenth Edition, 2003
11. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üçüncü Basım, Cilt I, Damla Yayıncılık, Ankara, 2000.
12. Berek J., Adashi EY., Hillard PA. Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, 1998
13. Voorhis BJ. In vitro fertilization. The New England Journal of Medicine; 356(4): 379-388, 2007
14. Harrison's Principles of Internal Medicine, Part 2; Cardinal Manifestations And Presentation Of Diseases, Section 8; Alterations in Sexual Fuction And Reproduction, Infertility And Fertility Control, 2005 (<http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>)
15. Younglai EV., Holloway AC., Foster WG. Environmental and occupational factors affecting fertility and IVF success. Human Reproduction Update; 11(1):43-55, 2005
16. Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z : Assisted Reproductive Techniques, Laboratory and Clinical Perspectives:148-157, 2002.
17. Bell K. An overview of Assisted Reproduction in Australia and directions for social research. Australian Journal of Emerging Technologies and Society:4(1):15-27,2006
18. Lippincott Williams&Wilkins. 5 Minute Clinical Consult. Table of Contents>I>Infertility, Philadelphia, 2007 Edition, (<http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>)
19. Akyüz A. IVF Tedavisinin Negatif Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara, 2001

20. Lippincott Williams & Wilkins. Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility, Table of contents>Part IV>Infertility>32-Assisted Reproductive Technologies, Philadelphia, 2005 (<http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>)
21. Akyüz A. İnfertil Çift İçin Tedavi Seçenekleri. 3. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. 2003
22. Tomlinson MJ., Arthur A., Thompson KA., Kasraie JL., Bentick B. Prognostic indicators for intrauterine insemination: statistical model for IUI success. Human Reproduction;11(9):1892-1896, 1996
23. Yang LC., Klipstein S., Timmreck LT., Galper S., Alper MM., Reindollar RH. Success rates from 390 cycles of gonadotropin\IUI in women aged 40 and above. Fertility Sterility;82 (2): 196-196, 2004
24. Waart JV., Kruger TF., Lombard CJ., Ombelet W. Predictive value of normal sperm morphology in IUI: a structured literature review. Human reproduction;7(4):495-500, 2001
25. Lavarge H., Sutter PD., Elst JV., Dhont M. A prospective randomized study comparing day 2 and day 3 embryo transfer in human IVF. Human reproduction;16(3):476-480, 2001
26. Heijnen EME., Macklon NS., Fauser JM. What is the most relevant standard of success in assisted reproduction? Human Reproduction; 19(9): 1936–1938, 2004
27. Aurell R., Tur R., Torello MJ., Coroleu B., Barri P. Clinical strategies to avoid multiple pregnancies an assisted reproduction. Gynaecological Endocrinology;22(9):473-478, 2006
28. Wely M., Twisk M., Mol BW., Ween F. Is twin pregnancy necessarily an adverse outcome of assisted reproductive technologies? Human Reproduction; 21(11):2736-2738, 2006
29. Ledger LW. Favourable outcomes from “mild” in-vitro fertilisation. The Lancet; 369:717-718, 2007

30. Qublan HS., Malkawi HY, Tahat YA, Areidah S., Nusair B., Kherisat BM., Al-Quraan G., Abu-Asaf A., Hadaddein MF., Abu- Jassar H. In vitro fertilization treatment: Factors affecting its results and outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 27(7):689-693, 2005
31. Omland AK., Abyholm T., Fedorcsak P., Ertzeid G., Oldereid NB., Bjercke S., Tanbo T. Pregnancy outcome after IVF and ICSI in unexplained, endometriosis-associated and tubal factor infertility. *Human reproduction*; 20(3):722-727, 2005
32. Elizur S., Lerner-Geva L., Levron J., Shulman A., Bider D., Dor J. Cumulative live birth rate following in vitro fertilization: study of 5310 cycles. *Gynaecological Endocrinology*; 22(1):25-30, 2006
33. Roest J., Heusden A.M.van., Zeilmaker G.H., Verhoeff A., Cumulative pregnancy rates and selective drop-out of patients in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*; 13(2): 339–341, 1998
34. Sanders KA., Bruce NW. Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*; 14(6):1656–1662, 1999
35. Smeenk MJ., Verhaak CM., Eugster A., Minnen A., Zielhuis GA., Braat DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilization. *Human Reproduction*; 16(7): 1420-1423, 2001
36. Sağlık Bakanlığı, 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Sıra No : 4, Tedavi Yardımı
37. Lemmes GMD., Vervaeke M., Enzlin P., Bakelants E., Vanderschueren D., Hooghe TD., Demyttenaere K. Coping with infertility: a body- mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*; 19(8): 1917-1923, 2004
38. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc. Sci. Med.* :45(11):1679-1704, 1997
39. Schmidt L., Holstein BE., Christensen U., Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816

- participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*; 20 (11): 3248-3256, 2005
40. Kerr J., Brown C., Balen AH. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Human Reproduction*; 14(4): 934-938, 1999
41. Peterson BD., Newton CR., Rosen KH. Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*; 42 (1): 59-70, 2003
42. Lee TY., Sun GH., Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*; 16 (8): 1762-1767, 2001
43. Leiblum SR., Aviv A., Hamer R. Life after infertility treatment: along-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction* 1998; 13 (12): 3569-3574
44. O'Brien JH, Lazarou S, Deane L, Jarvi K, Zini A. İnfertil erkeklerde erektil disfonksiyon: ve andropoz sendromları. *J Urol*; 174 (11): 1932-34, 2005
45. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri. Uzmanlık tezi. İstanbul, 2004
46. Türkoğlu D., Tamam L., Evlice Y. Kısırlığın psikiyatrik yönleri. *Düşünen Adam*; 10 (4): 48-55, 1997
47. Abbey A., Andrews FM., Halman LJ. Infertility and parenthood: does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 62 (2): 398-403, 1994
48. Edelman RJ., Connolly KJ. Gender differences in response to infertility and infertility investigations: real or illusory. *British Journal of Health Psychology* 2000; 5:365

49. Rooij FB., Balen F., Hermanns JMA. Migrants and the meaning of parenthood: involuntary childless Turkish migrants in The Netherlands. *Human Reproduction*; 21:1832-1838, 2006
50. Latha V. Self-concept in infertile women. *Nursing Journal of India*; 96(3): 55, 2005
51. Beutel M., Kupfer J., Kirchmeyer P., Kehde S., Köhn FM., Printzen S., Gips H., Herreto HJG., Weidner W. Treatment related stress and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*; 31:27-35, 1999
52. Conway EM. Gender differences in couples reactions to infertility in an Irish Clinic. *Fertility and Sterility*; 78(3): 215, 2002
53. Reed SA., Horn AS. Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine*; 166: 1018, 2001
54. Su TJ., Chen YC. Transforming hope: the lived experience of infertile women who terminated treatment after in vitro fertilization failure. *Journal of Nursing Research*; 14(1):46-53, 2006
55. Peddie VL., Teijlingen E., Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*; 20 (7): 1944-1951, 2005
56. Hammarberg K., Astbury J., Baker HWG. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*; 16(2):374-383, 2001
57. Eugster A., Vingerhoest AJJM. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*; 48:575-589, 1999
58. Peterson BD., Newton CR., Rosen KH., Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*; 21(9): 2443-2449, 2006
59. Verhaak CM., Smeenk MJM., Evers AWM., Kremer JAM., Kraaijmaat FW., Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic

review of 25 years of research. Human Reproduction Update; 13(1): 27-36, 2007

60. Slade P., Emery J., Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in vitro fertilization treatment. Human Reproduction; 12(1): 183-190, 1997
61. Wirtberg I., Möller A., Hogström L., Tronstad SE., Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. Human Reproduction; 22(2): 598-604, 2007
62. Daniluk JC. When treatment fails: the transition to biological childlessness of infertile women. Women & Therapy; 19(2): 81-98, 1996