



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNFERİLİTEYE ÖZĐÜ ÖZELLİKLERİN GEBELİK
DENEYİMLERİ VE GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIK
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

ESRA ALTUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YELİZ KAYA**

Eskişehir

2022



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNERTİLİTEYE ÖZGÜ ÖZELLİKLERİN GEBELİK
DENEYİMLERİ VE GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIK
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

ESRA ALTUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YELİZ KAYA**

Eskişehir

2022

TEŞEKKÜR SAYFASI

Ders aşamasından tez dönemime kadar bilgisini ve birikimini aktaran, kendisine ne zaman danışsam değerli vaktini ayırıp yol gösteren, bu zamana kadar da en önemlisi sabırla bana katlanan, samimiyetine inandığım danışmanım Sayın Doç. Dr. Yeliz KAYA'ya,

Yüksek lisans sürecimde kendimi geliştirmemde aynı zamanda ders döneminde ve uygulama dönemlerinde emeği geçen ve bana katkı sağlayan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin tüm öğretim elemanlarına,

Verilerimin istatistiksel olarak veri girişinde ve analizinde yardımcı olan, her ne zaman danışsam anında dönüt sağlayan, içinden çıkamadığım zamanların kurtarıcı olan ve her şeyi en ince ayrıntısına kadar açıklayan Sayın Nur Efşan Tıgılı'ya,

Hayatımın her aşamasında olan, dünyaya gelişimden bugüne kadar emeğini, sevgisini, fedakarlığını gösteren tam vazgeçip pes etme noktasına geldiğim anda beni yeniden ayağa kaldıran, güçlü hissetmemi sağlayan ilk başta canım ANNEME ve AİLEME,

Bana bu zamana kadar sabırla katlanan, benimle birlikte bu yolda hissederek ilerleyen, bana her zaman destek veren moral kaynağım, en iyi arkadaşım, dostum Büşra'ya,

Bu araştırmaya katılmayı kabul eden, veri toplamamda yardımcı olan ve bilimsel katkı sunmaya yardımcı olan değerli katılımcılara çok teşekkür ederim.

Esra ALTUN

Ocak 2022

ÖZET

İNFERİLİTEYE ÖZGÜ ÖZELLİKLERİN GEBELİK DENEYİMLERİ VE GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç : Bu araştırma infertiliteye özgü özelliklerin gebelik deneyimleri ve gebelikte psikososyal sağlık üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran infertilite tedavisi olumlu sonuçlanan 24-38 hafta arasında gebeliğe sahip gönüllü 103 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, ‘‘Sosyodemografik Bilgi Formu’’, ‘‘Gebelik Deneyimleri Ölçeği’’ ve ‘‘Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği’’ ile elde edilmiştir. Verilerin analizi IBM SPSS 22 versiyonu programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, parametrik testler ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 37.34 ± 3.45 , %86,4 oranında lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu, 44'ünün (%42.7) memur, ortalama evlilik süresinin 6.74 ± 2.13 , ortalama infertilite süresinin 3.33 ± 1.07 , infertilite tedavi süresi ortalama olarak 1.82 ± 0.65 yıl, gebelik haftası ortalama olarak 32 ± 3.11 hafta olduğu saptanmıştır. GPSDÖ toplam puanı ortalaması 3.56 ± 0.108 , GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ortalamaya sahip ‘‘gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler’’ (3.83 ± 0.169) olduğu, en düşük ortalamaya sahip ‘‘kaygı ve strese ait özellikler’’ (2.57 ± 0.248) olduğu bulunmuştur. Evlilik süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p= 0,001$). GDÖ orana ilişkin sıklık oranı incelendiğinde ortalama olarak 0.83 ± 0.18 , yoğunluk puanının ortalaması 0.57 ± 0.09 olduğu saptanmıştır. Abortus öyküsü ile GDÖ sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Uygulanan yardımcı üreme teknikleri ile GDÖ olumsuz duygu sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda infertiliteye ilişkin faktörlerde; abortus öyküsü, yardımcı üreme teknikleri, evlilik süresi gebelikte psikososyal sağlığı ve gebelik deneyimleri açısından etkilediği sonucuna varılmıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmaların daha kapsamlı, çok merkezli yürütülmesi ve uygulanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler : İnfertilite, psikososyal sağlık, gebelik deneyimleri



SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF INFERTILITY-SPECIFIC FEATURES ON PREGNANCY EXPERIENCES AND PSYCHOSOCIAL HEALTH IN PREGNANCY

Aim: This research was conducted to examine the effects of infertility-specific features on pregnancy experiences and psychosocial health during pregnancy.

Materials and methods: The infertility treatment was carried out with 103 volunteer participants who applied to Eskişehir Osmangazi University Health Practice and Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Polyclinic, and who had a pregnancy between 24-38 weeks with a positive result. The data were obtained with the "Sociodemographic Information Form", "Pregnancy Experience Scale" and "Psychosocial Health Assessment Scale in Pregnancy". The analysis of the data was made using the IBM SPSS version 22 program. In statistical evaluation; number, percentage, mean, standard deviation, parametric tests and Pearson correlation test were used.

Results: The mean age of the participants was 37.34 ± 3.45 , 86.4% had a high school or higher education level, 44 (42.7%) were civil servants, mean marriage time was 6.74 ± 2.13 , mean infertility time was 3.33 ± 1.07 , mean infertility treatment was 1.82 It was determined that ± 0.65 years, average gestational week was 32 ± 3.11 weeks. The mean of the GPSSS total score was 3.56 ± 0.108 . It was found that "features of pregnancy and spouse relationship" with the highest mean (3.83 ± 0.169) were found to be "features of anxiety and stress" (2.57 ± 0.248) with the lowest mean. It was determined that there was a significant relationship between the duration of marriage and psychosocial health during pregnancy ($p = 0.001$). When the frequency ratio of the GDS ratio was examined, it was determined that the average was 0.83 ± 0.18 , and the average of the intensity score was 0.57 ± 0.09 . A statistically significant correlation was found between the history of abortion and the mean GDS frequency ($p < 0.05$). It was concluded that there is a statistically significant relationship between the applied assisted reproductive techniques and the mean GDS negative emotion frequency score ($p < 0.05$).

Conclusion and Suggestions: In our study, in the factors related to infertility; It was concluded that history of abortion, assisted reproductive techniques, duration of marriage affect psychosocial health and pregnancy experiences during pregnancy. It can be suggested that future studies should be carried out and implemented in a more comprehensive, multi-centered manner.

Key words : Infertility, psychosocial health, pregnancy experiences



TEŞEKKÜR SAYFASI	ii
ÖZET.....	v
SUMMARY	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO DİZİNİ.....	xii
ŞEKİL DİZİNİ	xiii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnfertilite.....	3
2.1.1. İnfertilitenin tanımı	3
2.1.2. İnfertilite epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. İnfertilitede tanı testleri.....	4
2.1.3.1 Kadının değerlendirilmesi	4
2.1.3.2 Erkeğin değerlendirilmesi.....	5
2.1.4. İnfertilitede tedavi yaklaşımları	7
2.1.4.1. İntrauterin inseminasyon (IUI)	7
2.1.4.2. In vitro fertilizasyon (IVF)	8
2.1.4.4. Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE).....	9
2.1.4.5. Mikroskopik epididimal sperm aspirasyonu (MESA).....	9
2.1.4.6. Perkütan epididimal sperm aspirasyonu (PESA).....	9

2.1.4.7. Gamet intra fallopian transferi (GİFT)	9
2.1.4.8. Zigot intra fallopian transferi (ZİFT).....	10
2.1.4.9 Krioprezervasyon.....	10
2.1.5. İnfertilitede psikososyal sağlık	10
2.2. İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik	11
2.2.1. İnfertilite tedavisi sonrası gebelikte yaşanan problemler	11
2.2.2. İnfertilite tedavi sonrası gebelikte psikososyal sağlık	13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. Araştırmanın Şekli.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.2.1. Araştırmanın yapıldığı yerin özellikleri.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.3.1. Araştırmanın evreni.....	15
3.3.2. Araştırmanın örneklemi	15
3.4.1. Veri toplama araçları	15
3.4.1.1. Sosyodemografik bilgi formu	16
3.4.1.2. Gebelik deneyimleri ölçeği.....	16
3.4.1.3. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği.....	17
3.5. Araştırmanın Uygulanma Şekli	17
3.6. Verilerin Analizi.....	18
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik, Obstetrik Ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçların İncelenmesi	21

4.2. GPSDÖ Puan Ortalamalarının Analizi ve Sosyodemografik, Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçlar İle Karşılaştırılması	23
4.3. GDÖ Sıklık ve Yoğunluk Puan Ortalamasının Analizi ve Sosyodemografik, Obstetrik Ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçlar İle Karşılaştırılması.....	26
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR DİZİNİ	39



TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik,obstetrik ve infertiliteye ilişkin faktörleri analizi.....	21
Tablo 4.2.1. GPSDÖ alt boyutlarına ve toplam puanına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	23
Tablo 4.2.2. Sosyodemografik,obstetrik ve infertiliteye ilişkin faktörler ile GPSDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaların karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.2.3. Yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi,evlilik süresi,gebelik haftası ile GPSDÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	25
Tablo 4.3.1. Gebelik Deneyimleri Ölçeğine (GDÖ) ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	26
Tablo 4.3.2. GDÖ Alt boyut gruplandırma istatistiklerin dağılımı.....	26
Tablo 4.3.3. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin özellikler ile GDÖ sıklık puanlarının ilişkilendirilmesi.....	28
Tablo 4.3.4. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin özellikler ile GDÖ yoğunluk puanlarının ilişkilendirilmesi.....	29
Tablo 4.3.5. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin değişkenlerin GDÖ sıklık ve yoğunluk korelasyonunun incelenmesi.....	31

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Kadın İnfertilitesinde Uygulanan Testler.....	5
Şekil 2.2. Normal Spermogram Değerleri.....	6
Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı ve Veri Toplama İşlem Basamakları.....	18



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AFC** : Antral Folikül Sayısı (Antral Follicle Count)
- AMH** : Anti Mülleran Hormon
- ASRM** : Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine)
- CCCT** : Klomifen Sitrat Yükleme Testi (The Clomiphene Citrate Challenge Test)
- ET** : Embriyo Transferi
- FSH** : Folikül Uyarıcı Hormon (Follicle-stimulating hormone)
- GDÖ** : Gebelik Deneyimleri Ölçeği
- GİFT** : Gamet İntra Fallopiyan Transferi
- GnRH** : Gonadotrophin Releasing Hormone
- GPSDÖ**: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği
- HCG** : Human Koryonik Gonadotropin
- ICSI** : İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
- IUI** : İntrauterin İnseminasyon
- IVF** : In Vitro Fertilizasyon
- LH** : Luteinleştirici Hormon
- MESA** : Mikroskopik Epididimal Sperm Aspirasyonu
- NICE** : Ulusal Sağlık Ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)
- PESA** : Perkütan Epididimal Sperm Aspirasyonu
- PID** : Pelvik İnflamatuvar Hastalık
- TESE** : Testiküler Sperm Ekstraksiyonu

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ (Devam ediyor)

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO : World Health Organization

YÜT : Yardımcı Üreme Teknikleri

ZİFT : Zigot İnter Fallopian Transferi



1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “üreme çağındaki bir çiftte, herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın en az bir yıllık süre içerisinde, düzenli cinsel ilişkiye rağmen kadının gebe kalamaması” olarak tanımlamıştır (WHO,2010). İnfertilite primer infertilite, sekonder infertilite ve açıklanamayan infertilite olmak üzere üç grupta incelenmektedir.Primer infertilite, daha önceden hiç gebeliğin oluşmaması durumudur (Ozan & Duman, 2018). Sekonder infertilite, kadının daha önceden gebelik yaşayıp, en az bir yıl sonrasında gebeliğinin oluşmaması durumudur. Açıklanamayan infertilite, en az bir yıl korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması sonucunda çiftlere yapılan temel değerlendirmelerde ve testlerde infertilite nedeninin bulunamaması olarak tanımlanmaktadır(Taşkın, 2019).

İnfertil bireyler değerlendirilirken sadece tıbbi açıdan değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan da ele alınmalıdır (Altıntop & Kesgin, 2018). Kadının anne olma isteği, bununla beraber infertilite süresinin uzaması da ümitsizliğe ve depresyona neden olmaktadır. (Aktürk, 2006). İnfertilite süresinin uzaması, tıbbi ilaçlara maruz kalması, tedavi sonucunda gebe kalınması kadın için zorlu bir süreç haline gelmektedir (Koç & Beji, 2016). İsviçre’de yapılan bir çalışmada IVF tedavisi ile gebe kalan 33 kadının %51.5’nin infertiliteden gebeliğe geçişte zorluk yaşadığı, %27.3 ‘nün uzmanlardan kaçtığı, %21.2’nin uzmanlara bağımlı hale geldiği saptanmıştır (Darwiche vd., 2013). İnfertilite tedavisine başvuran ve bu tedavi başarılı ile sonuçlanıp gebe olan kadın için gebelik ambivalan duygularını da içine alan bir dönem haline gelmekte ve kadın için farklı bir boyut kazanmaktadır. Çünkü kadın, gebe kalana kadar olumlu ve olumsuz sonuçlar ile karşılaşmaktadır (Koç & Beji, 2016). Kadın için yıpratıcı dönem olan bu durum gebeliği için endişe, korku duymasına da yol açmaktadır (Boz, Özçetin & Teskereci, 2018). Kadında yaşanan değişimler gebelikte psikososyal sağlığı da olumsuz etkilemektedir (Gülpınar, Başkaya, Yeşilbudak & Boz, 2019). Yapılan bir çalışmada, gebelikte yaşanan anksiyete; doğum süresinin uzaması, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi birçok sorunla ilişkilendirilmiştir (Pisoni vd., 2014).

Gebenin psikososyal sağlığının korunması, stresi en iyi Şekilde yönetmesi fetüs ve anne için önemli bir faktördür (Yıldız, 2011).Başka bir meta-analiz çalışmasında ise; infertilite tanısı alıp tedavi gören çiftlerde psikososyal müdahalelerin hem psikolojik sıkıntıyı azaltmada hem de klinik gebelik oranlarını iyileŐtirmede olumlu ve etkili olacağı düŐünülmektedir (Frederiksen, Farver- Vestergaard, Skovgrd, Ingerslev & Zachariae, 2015).

1.2. Araştırmanın Amacı

Literatür taramasında gebelerin psikososyal sağlığı ve deneyimleri konulu araŐtırmaların çoğunlukla tedavisiz, spontan gebe kalanlarda yođunlaŐtıđı görülmektedir. İnfertilite tedavisi ile gebe kalan kadınlarda,infertilite ile ilgili özelliklerin gebeyi nasıl etkilediği, gebelikte yaşanan deneyimler ve psikososyal sağlık ile ilişkili yeterli veriye rastlanamamıştır. Bu nedenle çalışma, infertiliye özgü özelliklerin gebelik deneyimleri ve gebelikte psikososyal sağlık üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İnfertilite

2.1.1.İnfertilitenin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; çiftlerin herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın, düzenli cinsel ilişkileri olmasına rağmen, en az 12 ay ve daha fazla süre boyunca gebelik oluşmaması durumudur (WHO, 2010).

Primer infertilite, en az 12 ay süre boyunca korunma yöntemi kullanmaksızın düzenli seksüel ilişki olmasına rağmen hiç gebeliğin oluşmamasıdır. Sekonder infertilite, 12 ay içinde korunmaksızın cinsel ilişkiye rağmen tekrardan gebelik oluşmamasıdır (Beji, 2015). Nedeni açıklanamayan infertilite ise; kadın ve erkek bireylerde infertilite nedenini belirlemek amacıyla yapılan testler ve değerlendirmeler sonucunda infertilite nedeninin bulunamaması durumudur (Crespo & Joan, 2016).

2.1.2. İnfertilite epidemiyolojisi

İnfertilite dünya genelinde 186 milyondan fazla insanı etkilemekte ve çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Inhorn & Patrizio, 2015). İnfertilitenin üreme çağındaki bireyleri %8 ile %12 arasında bir oranda etkilendiği tahmin edilmektedir. İnfertilite, etyolojik olarak hem kadın hem de erkek faktörlüdür. Erkek faktörü %40, kadın faktörü %40, her iki bireyden kaynaklanan faktör ise %20'dir (Vander Borgh & Wyns, 2018).

İnfertilite ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda infertilite yüzdesi, Asya ve Afrika ülkelerinde %30 olarak görülmektedir (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel & Stevens, 2012). Çin'de 20-49 yaş aralığını kapsayan bir araştırmada, infertilite oranına %25 olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda bu çalışmaya katılan çiftlerin yaklaşık olarak yarısının tıbbi yardım almadığı görülmektedir (Zhou vd., 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 yılında yapılan araştırma verilerinde, "15-49 yaş aralığında olup hiç çocuğu olmayan ve ileride gebelik oluşmasının mümkün olmadığı evli çift oranı % 4; aynı zamanda doğum sonrası en az bir kez infertilite sorunu yaşayanların oranı %12" olarak belirtilmektedir (TNSA, 2018).

2.1.3. İnfertilitede tanı testleri

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), gebe kalmak isteyip 12 ay sonunda gebe kalamayan çiftlerin infertilite araştırmasına dahil edilmesi gerektiğini öngörmektedir. Kadın yaşının 35 üstünde olması yaş ile beraber over rezervinin azalmasıyla birlikte doğurganlıkta azalmaya neden olabileceğinden dolayı 6 ay sonunda infertilite açısından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir(NICE, 2013).

İnfertilite değerlendirilmesinde ilk olarak yapılması gereken kadın ve erkekte detaylı anamnez alınmasıdır. Anamnez değerlendirilmesindeki amaç; infertiliteye neden olan faktörleri belirlemek, prognoz hakkında doğru bilgilere ulaşmak ve gerekli tanı ve tedavi yöntemlerinin oluşturulmasıdır. Anamnez alındıktan sonra fizik muayene yapılmalı, ardından gerekli test ve tetkikler yapıp infertilite nedeni değerlendirilmektedir.

2.1.3.1 Kadının değerlendirilmesi

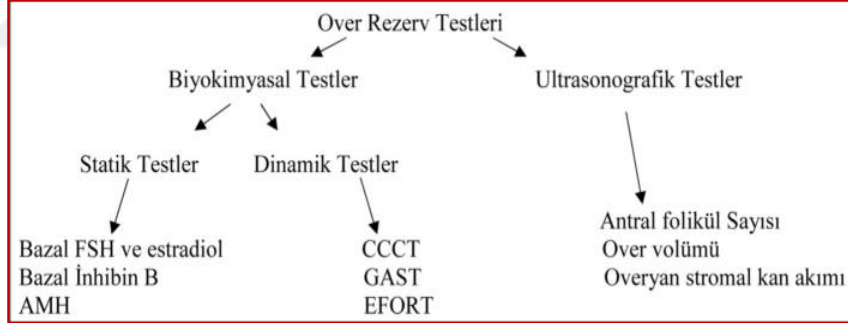
Kadında alınan anamnezde gonadal fonksiyonları etkileyen endokrin hastalıklar (tiroid hastalığı, hirsütizm vb.), mesleği, ilaç kullanımı, adet sıklığı, koitus sıklığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, daha önceden kullanmış olduğu kontrasepsiyon yöntemleri, geçirmiş olduğu cerrahi operasyonlar değerlendirilmelidir (Aşcı & Beji Kızılkaya, 2012).

Kadınlarda laboratuvar değerlendirmelerinde ulaşılan parametreler sonucu etyolojik neden saptanabilmektedir. Düzenli adet döngüsü olan kadınlarda ovulasyon olasılığı yüksek olduğundan siklusun 21.gününde progesteron bakılması önerilmektedir (Topçu, Evliyaoğlu & Şahin, 2017). Progesteron değerinin 5 ng/ml veya daha fazla olması ovulasyonun olduğunu göstermektedir. Adet döngüsünün 3.günü bakılan Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) değeri de infertilite ile ilişkilendirilmektedir. FSH değerinin 10 mIU/ml'den yukarı olması over rezervinin azaldığını göstermekle birlikte fertilitede olumsuz rol oynamaktadır (Broekmans , Kwee , Hendriks , Mol & Lambalk, 2002). Kadın değerlendirilmesinde bakılan bazal estradiol seviyesi değerinin tek başına değerlendirilmemesi, FSH ve diğer testler ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (Smotrich vd., 2004). Klomifen sitrat challenge testi (CCCT), bazal FSH ve E2 ölçümü ile tanı konulamayan kadınlarda,

menstrasyonun 3.günü ölçülen FSH ve estradiol değerlerinden sonra 5.-9.günler arasında 100 mg klomifen sitrat uygulanır.10.gününde FSH ve estradiol bakılıp önceki değerler ile farklılıklar değerlendirilir (Broekmans vd., 2002).

Hormon testlerin yanı sıra; over rezervini belirlemek amacıyla antimüllerian hormon (AMH) ve antral folikül sayısına (AFC) da bakılmaktadır. AMH yumurta rezervi için en önemli biyobelirteç olarak kabul edilmektedir (Xu vd.,2021). AMH yaş ile birlikte değişim göstermektedir ve yumurtalıktaki preantral ve antral foliküllerin granülosa hücreleri tarafından salgılanan bir hormondur. Kadında AMH değerinin 1 ng/ml'in altında olması kötü over rezervinin olduğunu göstermektedir (Bedenk, Vrtačník-Bokal, Virant-Klun, 2020).

Antral folikül sayısı, ultrason ile yapıлып her iki overlerde bulunan 2-10 mm' lik foliküllerin sayılması işlemidir. Antral folikül sayısı, transvajinal ultrasonografi uygulanıp adetın 3.günü incelenmesinde yumurtalıklarda antral folikül sayısı <4 ise ovulasyon için yetersiz yanıt olduğu anlamına gelmektedir. Hiçbir test tek başına değerlendirilmemeli, diğer testler ile ilişkilendirilmelidir (Anjum, Zahra & Yousuf, 2019).



Şekil 2.1: Kadın İnfertilitesinde Uygulanan Testler (Topçu, Evliyaoğlu &Şahin,2017).

2.1.3.2 Erkeğin değerlendirilmesi

Erkek infertilitesi değerlendirilmesinde ilk olarak ayrıntılı tıbbi öykü, fizik muayene ve semen analizi incelemesi yapılmaktadır. İnfertilite öyküsünde cinsel yaşam, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, geçirmiş olduğu hastalıklar ve sistemik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, madde kullanımı, geçirmiş olduğu operasyonlar sorgulanmalıdır (WHO, 2010). Fizik muayenede ise; jinekomasti, iskelet sistemi

gelişimi, inmemiş testis, epididimis ve vas deferans varlığı, varikosel açısından değerlendirilmelidir (Textbook of Assisted Reproductive Techniques, 2018). Endokrin değerlendirmede; FSH ve testesteron düzeylerinin ölçümlerini içermektedir. Anormal spermatogenezli birkaç hastada çoğunlukla FSH normal seviyelerde olmasına rağmen FSH normal seviyelerin üstüne çıktığında belirgin bir yükselme anormal spermatogenez açısından değerlendirilmelidir. Testesteron seviyesinin düşük olması, FSH seviyesinin yükselmesi hipogonadizm hastalığını göstermektedir. Bunlar dışında kesin tanı ve tedavi için de testis biyopsisi yapılabilmektedir (Katz , Teloken & Shoshany, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen ilk olarak semen analizinin değerlendirilmesidir. Erkek birey için, numune verme süresi 2-7 günlük cinsel perhiz sonrası olarak öngörülmektedir. Numuneyi hastanede veremeyecek kişiler için, evden laboratuvara taşınan numunenin vücut sıcaklığında tutulması ve 1 saat içinde analiz edilmesi gerekmektedir. Normal değerlere sahip olanlar için testin bir kez yapılması yeterlidir. Hafif ve orta derecede oligospermi veya azospermisi olanlar için bir ya da üç ay sonra, şiddetli oligospermi ve azospermisi olanlar için ise iki ya da dört hafta içinde testin tekrarlanması önerilmektedir(NICE, 2013).

Değişken	Normal Parametre
Semen volümü (ml)	1.5
Total sperm sayısı	39 (milyon)
Sperm konsantrasyonu	15 (milyon/mL)
Total motilite	40 (%)
Progressive motilite	32 (%)
Vitalite	58 (canlı sperm, %)
Sperm morfolojisi	4 (normal formlar, %)
pH	>7.2
Peroksidaz-pozitif lökosit	<1.0 (milyon / ml)
MAR testi	<50 (%)
Immunobead testi	<50 (%)
Seminal çinko	>2.4 (µmol/ejakülat)
Seminal fruktoz	>13 (µmol/ejakülat)
Seminal nötral glukozidaz	>20 (mU/ejakülat)

Şekil 2.2: Normal Spermiogram Değerleri (Uzunlar, 2019).

2.1.4. İnfertilitede tedavi yaklaşımları

İnfertilite tedavisi etyolojiye bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Etiyolojik olarak cerrahi tedavi, ilaç tedavi ya da hormon tedavi olarak şekillenmektedir (Kırca, & Pasinlioğlu, 2013). Çocuk sahibi olmak isteyen infertil çiftler yardımcı üreme tekniklerine (YÜT) başvurmaktadır. Robert Geoffrey Edwards, 1978 yılında yapmış olduğu araştırması ile ilk tüp bebek denemesi başarıyla sonuçlanmıştır ve diğer tedavilere öncülük etmiştir. 1991 yılında ise; erkek infertilitesinde tedavi olarak intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu tanıtılmıştır (Izzo, Monteleone & Serafini, 2015). Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği, 2012 yılında yaklaşık olarak 5 milyon çocuğun yardımcı üreme teknikleri ile doğduğunu tahmin etmektedir(ASRM,2015).

2.1.4.1. İntrauterin inseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon (IUI), eş ve donörden alınan spermin, laboratuvar ortamında ölü hücrelerden arındırılıp, hareketli ve morfolojik olarak normal karakterdeki spermin ovulasyon zamanında kateter aracılığıyla uterusu bırakılması işlemi olarak bilinmektedir. Tedavi seçeneği olarak, açıklanamayan infertilite, servikal mukus problemleri, sperm bozuklukları vakalarında uygulanmaktadır (Ombelet, Dhont, Thijssen, Bosmans & Kruger, 2014). IUI, normal siklusta ya da ovulasyon indüksiyonu ile birlikte uygulanabilmektedir. Yapılan bir cochrane meta analizinde idiopatik infertilite vakalarında indüksiyon uygulanan IUI, normal siklusta IUI uygulanmasına oranla daha yüksek doğum oranlarıyla karşılaşılmıştır (Veltman-Verhulst, Hughes, Ayeleke & Cohlen, 2016). Başka bir çalışmada ise over stimülasyon uygulanan hastaların beden kitle düzeyi, FSH, östradiol, progresif hareketli sperm oranı, optimum tedavi modeli olarak IUI prosedürünü belirleyebileceğine ulaşılmıştır (Yavuz, Demirci, Sözen & Uludoğan, 2013).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınlamış olduğu yönetmelik ile beraber folikül sayısı ikiden fazla gelişmesi var ise; inseminasyon işleminin uygulanması yasaklanmıştır (Sağlık Bakanlığı; Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik).

2.1.4.2. *In vitro* fertilizasyon (IVF)

İnfertilite tedavisinde en yaygın olarak kullanılan In Vitro Fertilizasyon (IVF), dış ortamda oosit ve sperm bir tüp içinde bir araya getirilerek fertilizasyonun gerçekleştirilmesidir (Choe, Archer & Shanks, 2020). IVF günümüzde tüm canlı doğumların Amerika Birleşik Devletleri'nde %1.6' sını ve Avrupa'da %4.5'ini oluşturmaktadır (Sunderam vd., 2018).

İnfertil kadınların yaklaşık %25-35'inin tuboperitonel hastalığının mevcut olduğu ve pelvik inflamatuvar hastalığın (PID), tubal deformitenin en sık nedeni olduğu görülmektedir. Bundan dolayı IVF sayesinde tüplerde döllenişmesi gereken eşey hücreleri dış ortamda döllendirildiği için sağlıklı bir döllenişme gerçekleşmektedir (Ahmad, Watson , Vandekerckhove & Lilford, 2006).

IVF tedavisi ilk olarak overlerin kontrollü hiperstimulasyonunu içermektedir. Gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri (GnRH-a) kullanılarak foliküllerin uyarılması sağlanmaktadır. Belli bir büyüklüğe ulaşan ve gelişimini tamamlayan folikül için human chorionic gonadotropin (HCG) uygulaması yapılmaktadır. HCG verilmesi için uygun zaman, “*en büyük folikül 18-19mm ve ardından en az üç adet 16-18mm foliküle ulaştığında 10.000 IU HCG*” uygulanmasıdır (Gürkan, Gülerman & Özyer, 2017).

Oosit toplanması HCG enjeksiyonundan yaklaşık 34-36 saat sonra, lokal anestezi altında, transvajinal ultrason kullanılarak folikül sıvısı aspire edilmesi ile yapılmaktadır. Aspire edilen folikül sıvısındaki oositler mikroskop altında etrafındaki hücrelerden ve folikül sıvısından arındırılıp, kültür sıvısı içine koyularak enkübatöre kaldırılmaktadır. Bu işlem sonrasında oositler fertilizasyon için 4-6 saat içinde hazır hale gelmektedir. Sperm örneği verildikten sonra uygun olan sperm, oositlere eklenilmektedir (Seyhan vd., 2014).

Fertilizasyonu gerçekleştiren hücrelerden oluşan embriyo, oosit toplanmasını takiben yaklaşık olarak 3-5 gün sonrasında uterusu transferi gerçekleşmektedir. Embriyo 4-8 blastomerli olup morula aşamasındadır. İmplantasyon, embriyo transferinden sonra 4-6 gün içinde gerçekleşmesi beklenmektedir (Von Wolff, 2019).

Folikül aspirasyonu sonrasında hastada relatif olarak luteal yetmezlik oluşabilmektedir. Oosit toplaması aşamasından sonra luteal faz desteği için vajinal ya

da intramusküler progesteron desteği sağlanmakta ve gebelik testi pozitif çıkana kadar devam edilmektedir. Ayrıca bu destek belli bir zamandan sonra korpus luteum görevini plasentaya devredeceğinden gebeliğin 10-12. haftalarına kadar sürdürölmektedir (Uzunlar, 2019).

2.1.4.3. İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI)

İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), kötü sperm parametlerine sahip olanlar için uygun bir tedavi seçeneğidir. Tek bir sperm, oositin sitoplazmasına enjekte edilerek fertilizasyon oluşumu sağlanmaktadır (Rosenwaks & Pereira, 2017). Bu tedavi seçeneği sadece erkek infertilitesi olan hastalarda değil, aynı zamanda oosit kriyoprezervasyonu kullanımını içinde zemin oluşturmaktadır (Veltman-Verhulst vd., 2016).

2.1.4.4. Testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE)

Non obstrüktif erkeklerin infertilitesinde kullanılmaktadır. Testislerden biyopsi aracılığıyla sperm alınması işlemi olarak bilinmektedir. TESE' de elde edilen ilerlemeler neticesinde vakaların % 24-81'inde spermatozoa elde edilebilmekte ve % 18-38 arasında gebelik oluşabilmektedir (Boz & Okumuş, 2016).

2.1.4.5. Mikroskopik epididimal sperm aspirasyonu (MESA)

Konjenital bilateral vas deferans yokluğuunda ya da bozukluklarında mikro cerrahi yöntemiyle sperm elde edilmesidir (Hibi, Sumitomo, Fukunaga, Sonohara & Asada, 2018).

2.1.4.6. Perkütan epididimal sperm aspirasyonu (PESA)

Genellikle lokal anestezi altında yapılan, obstrüktif azosperm vakalarında tercih edilen epididimise iğne ile girilip sıvı aspire edilmesiyle alınan sıvıda sperm örneği incelenmesi işlemidir. Elde edilen sperm ICSI için de kullanılmaktadır (Erol vd., 2002).

2.1.4.7. Gamet intra fallopian transferi (GİFT)

Over stimölasyonu sonrası laparoskopi ile alınan oositler ile sperm birlikte kateter aracılığı ile fallop tüpüne aktarılma işlemidir. IVF' den farkı laboratuvar ortamında değil, normal ortamında fertilizasyonun sağlanmasıdır. Tedavinin

olabilmesi için tubalardan birinin açık olması gerekmektedir. Bu yöntemin kullanımı diğer tedavi seçeneklerinin gelişmesinden dolayı azdır (Hull, 2019).

2.1.4.8. Zigot intra fallopian transferi (ZİFT)

Dış ortamda fertilize edilen embriyonun zigot evresinde fallop tüpünün ampulla kısmına aktarılmasıdır. Embriyonun uterusu implantasyonunun spontan gerçekleşmesi beklenmektedir. İnfertilite tedavisi görüp implantasyon sorunu yaşayan hastalar için iyi bir seçenek oluşturmaktadır (Taşkın, 2019).

2.1.4.9 Krioprezervasyon

Hücrelerin sıfırın altında derecelerde dondurularak gelecekte kullanılması için uygulanan saklama yöntemidir. Üreme hücreleri için başarılı olan bu durum yardımcı üreme teknikleri için önem taşımaktadır. Batı ülkelerinde donör kişiler ve sperm bankalarının olması krioprezervasyon kullanımını artırmaktadır. Bununla birlikte kemoterapi uygulanan vakalarda ileride fertilizasyon için olumlu bir dönüş sağlamaktadır. Ağır oligozoospermi olan kişilerde spermlerin dondurulup saklanması, ICSI prosedüründe yer alan her oosit için bir sperm yeterli olduğundan bir spermin bile krioprezervasyonu büyük önem taşımaktadır (Tunalı, 2014).

2.1.5. İnfertilitede psikososyal sağlık

İnfertilite tıbbi bir hastalık olmanın dışında, psikolojik olarak da bireyleri etkilemektedir. İnfertil çiftlerde evlilik sorunu, cinsel istekte azalma, öfke kontrolünü yönetememe, kendini yetersiz görme, suçluluk duygusu gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Çiftlerin çocuk sahibi olmaları toplumsal beklenti olarak da görülmektedir. (Boz & Okumuş, 2016). Kültürel olarak da anne-baba olma baskısı da bu durumu büyük bir krize dönüştürebilmektedir. Eşlerin kendini yetersiz görmeleri, sadece doğurganlıkla ilişkilendirilmemeli, iyi bir partner olamayışı, erkeklik ve kadınlık kaybı şeklinde düşünerek eşlerin birbirine karşı olumsuz algı da oluşturabilmektedir (Sezgin & Hoccoğlu, 2014). Birçok araştırmada infertil kadınlardaki depresyon oranının, komplikasyonlu kronik ve stigma oluşturabilecek hastalıklara sahip olan kadınlarına oran olarak benzerlik göstermesi, kadınlarda infertilitenin ruh sağlığı açısından olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Miles vd., 2009; Sexton, Byrd, O'Donohue & Jacobs, 2010).

Yapılan çalışmalarda infertil bireylerin anksiyete, kaygı, üzüntü, yalnızlık duygularının yoğunlukta olduğu ve kadınların erkeklere kıyasla psikolojik olarak daha fazla etkilendiği görülmektedir (Şen , Bulut & Şirin, 2014; Çetişli, Serçekuş & Oğuz, 2014). Yapılan başka bir çalışmada, infertil kadınların tedavi sürecinde umutsuzluk ve stres yaşadıklarında, tedavi sürecinin yönetiminde zorluk yaşadığı sonucuna ulaşılmaktadır (Keskin & Gümüş, 2014). Grup ve bireysel destek gruplarının olması, infertil eşlerin doğum oranında ve psikolojik boyutta pozitif olarak etkilenmesini sağlamaktadır (Boz & Okumus, 2017). Yapılan çalışmalar sonucunda, infertil erkeklerin tedavi sürecinde kendilerini yalnız hissettikleri, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygular da yaşadığı görülmektedir (Kaya & Şahin, 2019).

2.2.İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik

İnfertilite tedavisi başarılı olup gebelik oluşmasıyla çiftler bundan sonraki süreç için endişe duyabilmektedir. Kadın gebelikte bebeğini kaybetme duygusu, çocuk doğduktan sonraki destekçilerinin olmaması, stres, korku gibi birçok karmaşık duygu içerisinde kalabilmektedir (Çoşkun, Yılmaz & Yılmaz, 2009). İstenilen bir gebelik durumu bireyleri ne kadar mutlu etse de, kadın gebelik boyunca yaşamış olduğu duygu durum değişiklikleri, doğum sonrası psikolojik sağlığı açısından olumsuz etkilenme oluşturmaktadır (Duyan, Kapısız & Yakut, 2013). IVF/ET uygulaması yapılan 300 çift ile oluşan bir çalışmada, tedavi basamaklarında embriyo transferi ve embriyonun uterusu tutunup gebeliğin devam etmesi sürecinin en stresli aşaması olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bateman-Cass, 2006; Lee vd., 2010).

2.2.1.İnfertilite tedavisi sonrası gebelikte yaşanan problemler

İnfertil kadın gebe kalmış olsa da spontan bir gebelik oluşmadığı için gebeliği kabullenmede güçlük, doğum sonrası anne olamama korkusu şeklinde olumsuz benlik sorunları yaşayabilmektedir (Boz & Okumus, 2017).Yardımcı üreme teknikleri ile gebelik oluşan kadınların spontan gebelere oranla gebeliğe ait özel deneyimleri ve doğum öncesinde bakım ihtiyaçlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Boz vd., 2018).

Bulantı-kusma şikayetlerinin gebeliğin ilk üç ayında yoğun yaşanması nedeniyle gebe kalan kadın kendini halsiz hissetme, kilo kaybının oluşması fetal gelişim için risk oluşturması uzun süre çocuk sahibi olmayı bekleyen kadın için bebeği için

kaygılanmasına neden olmaktadır (Jewell & Young, 2002). Hiperemesis gravidarum yaşayan gebelerde ise; fiziksel aktivitesinde azalma, beslenme ve psikolojik olarak olumsuz etkileyeceğinden gebeliği kabullenmede zorluk yaşayabilmektedir (Mutlugüneş & Mete, 2013).

Daha önceden infertil olan bir kadının gebeliğini kabul etmemesi ve gebeliğe alışmasının zaman almasının normal bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Gebeliğinin ilerleyen trimesterlerinde fetal kalp atımını duyması ve hareketlerini hissetmesiyle gebeliği kabullenmesi bu sürece uyumunu kolaylaştırmaktadır. Fakat bazı gebelerde bu durum olumlu yönde ilerleme olmayıp tıbbi yardım alma boyutuna da ulaşabilmektedir (Örüm & Kalenderoğlu, 2017).

Spontan gebelere kıyasla infertilite tedavisi sonucu gebe kalan kadınlarda komplikasyonlar ve abortus durumları daha sık yaşanabilmektedir. Kadının mevcut hastalıkları, yaşı, beden kitle indeksi, yaşam şekli, fiziksel durumu, mobilizasyonu gibi birçok durum zemin hazırlamaktadır. Özellikle abortus riski olan kadın için mobilizasyonun kısıtlanması bu süreci daha zor ve psikolojik sorunlar ile geçirmesine neden olabilmektedir (Arbağ & Tokat, 2018).

Tedavi sonrası karşılaşılan komplikasyonlar biri de çoğul gebeliktir. Bazı aileler için çoğul gebelik olumlu gözükse de erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlıklı bebek, anemi, preeklamsi, hemoraji gibi olumsuz durumlar ile karşılaşılmaktadır (Sullivan-Pyke, Senapati, Mainigi & Barnhart, 2017). Çoğul gebeliklerde risk oluşturması durumunda uterustaki fetüs sayısını azaltarak sağlıklı bir gebeliğin sürdürülmesi için fetüs redüksiyon yapılabilenkte, bu riskli işlem kadının gebeliğinin sonlanmasına ya da erken doğum tehdidini de oluşturabilmektedir (Stone, Eddleman, Lynch & Berkowitz, 2002).

İnfertilitede çocuk sahibi olmak için ülkemizde yasak olsa da Avustralya, Kanada, Yunanistan, Hindistan, Ukrayna gibi ülkelerde yasal olarak sperm, oosit bağıışı ve taşıyıcı annelik tedavi seçeneği olarak görülmektedir (Gunnarsson Payne, Korolczuk & Mezinska, 2020). Çiftlerin anne baba olabilmek için üçüncü kişilerinde kilit rol oynadığı bu durumların etik ve psikolojik açıdan sıkıntılar oluşturmaktadır. Başka bir bireyin genetik yapısına sahip bir bebeğinin gebeliğine sahip olup kaybetme korkusu ve doğum sonrası yenidoğanı aileye geri vermeyi istememe, kadının kendisine

benzemeyeceği korkusu, ambivalans duygular gibi birçok sorunlar yaşayabilmektedir. Doğum sonrasında ise bu durumda çevresinden tepki alma ve dışlanma duygularıyla da baş başa kalabilmektedir. Taşıyıcı annelik konusunda, gebe kalan kadın fetüs ile bağ kurabilir, gebelik boyunca fetüsün sorumluluğu ona ait olduğu endişe yaşayabilmektedir. Bu durumlar her iki tarafı da psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir (Ahmari Tehran, Tashi, Mehran, Eskandari & Tahmineh, 2014). İstatistiklere bakıldığında son 15 yılda, Amerika Birleşik Devletleri'nde gestasyonel taşıyıcı siklus sayısı %47 arttı ve kliniklerin %69,4' ü tedavi olarak sunmaktadır (Kapfhamer & Van Voorhis, 2016).

Kadının yaşamda daha fazla rol almasıyla birlikte son yıllarda ilk anne olma yaşında artış olmaktadır. Artan yaş ile birlikte kadında over rezervinin azalması infertiliteyle ilişkilidir. Tedavi sonucu ileri yaşta gebe kalan kadının gebeliğinde istenmedik durumlar ortaya çıkmaktadır. Gebelikte hipertansiyon, preeklamsi, gestasyonel diyabet, abortus riski, kromozomal anomaliler gibi birçok olumsuzlar görülmektedir (Gravena, Sass, Marcon & Pelloso, 2012).

2.2.2.İnfertilite tedavi sonrası gebelikte psikososyal sağlık

İnfertilitede uzun süren tedavi sonucu gebe kalan kadın gebeliğe uyum sürecinde zorluk ve anksiyete ile birlikte psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir. Psikolojik olarak yaşamış olduğu bu durum postpartum depresyon için zemin oluşturabilmektedir. Kadın daha önceki yapılan tedavilerde gebelik kayıpları yaşamışsa bebeğini kaybetme korkusu, bebeğine bağlanamama gibi sorunlarla yüz yüze gelebilmektedir (Ranjbar, Behboodi, Borimnejad, Ghaffari & Akhondi, 2015; Ladores & Aroian, 2015).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada, YÜT sonrası gebe kalan kadınların ilk kez annelik ve gebelik deneyimleri hakkında araştırma yapılmıştır. Katılımcılar ortalama olarak 3,5 yıl tedavi arayışında bulunmuştur. Katılımcılar gebelik deneyimlerini şu şekilde aktarmışlar;“İlk hamileliğim için çok mutluydum ve herkese anlattım. Sonra kaybettim. Bu konuda kendimi çok kötü hissettim ve hatta insanlarla yüzleştiğimde daha da çok. Bu sefer hamileliği başkalarına anlatmamaya karar verdik.” Diğer bir katılımcı; “Sonunda ikiz sahibi olmaya karar verdik ve tüm süreç gerçekten endişe vericiydi. İkizlerde erken doğum yapma şansım daha yüksek ve uzman tavsiyesi ile

(tek fetüs sahibi olmak) boyuma ve sağlık durumuma göre yine de risk almak istedim, bu yüzden normalden daha dikkatli olmak zorunda kaldım.” olarak dile getirmiştir (Huang, Sun, Gau, Puthussery & Kao, 2019).

Yapılan bir otoetnografik çalışmada, infertiliteden postpartum döneme kadar olan süreç şu şekilde aktarılmaktadır; tanıdan sonra gebelik sürecinde “Gebelik, infertilite tanısı almış bir kadın için dünyanın en mucizevi olayıdır. Bebeğin doğumu ise bunu mutlulukla taçlandıran en tepe noktadır. Ancak doğum sonu duygu durum değişiklikleri, bu muhteşem ritüele gölge düşürmektedir. Evlenen hiçbir bireyin aklına infertilite düşüncesi gelmezken, infertilite ile yüzleşip sonrasında gebe kalan bir kadının postpartum depresyon yaşaması şımarıklık gibi gelir çoğu insana. Ben infertilite tanısı alan biri olarak gebe kalıp, sağlıklı bir ocuk dünyaya getirdiğimde, dünyanın tozpembe olacağını düşündüm. Yaşadıklarımın şunu anladım; "damdan düşenin halinden damdan düşen anlarımış" zdeyişi gibi insan yaşamadan tam olarak bir insanın ne yaşadığını, anlayamıyormuş. Yaşayarak anlamak benim servenimde çok sancılı ve çok acıtıcı oldu. Zor bir dört yıllık infertilite süreci yaşarken, üzerine bir de premenopoz tanısının eklenmesiyle biten ümitler, 42 yaşında sürpriz bir gebelikle sonuçlandı. Sürpriz dedim, ama eşim ve benim içimizde umutlarımız bitmemişti. Hem de oğlumuz olacaktı. Belki de ikiz. Bir oğlum olmuştu. Bu gerçekten mucizeydi. Oğlum benim en güzel, en büyük, en değerli mucizemdi. 43 yaşında sezaryen ile doğurduğum oğluma kavuştum. Aslında her şey istediğim gibiydi.” şeklinde aktarmaktadır (Szer, 2021).

Gebeliğin oluşabilmesi için yapılan tedavi ve tetkiklerin tekrarında sayılar artıkça psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Gebelik sürecinde psikososyal sağlık açısından danışmanlık ve destek sağlayacak kişilere kadın ihtiyaç duyabilmektedir (Keskin, 2014).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda infertiliteye özgü özelliklerin gebelik deneyimleri ve gebelikte psikososyal sağlık durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde Nisan 2021- Ağustos 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.2.1. Araştırmanın yapıldığı yerin özellikleri

Araştırmanın yapıldığı hastanenin seçilme nedeni; ilgili hastanenin bulunduğu bölgedeki büyük ve geniş çaplı bir hastane oluşuyla birlikte konum olarak çevre illere yakın olması, araştırmacının Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenci olmasıdır.

Araştırmanın evrenini, Nisan 2021 – Ağustos 2021 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlar oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örneklemini; infertilite tedavisi olumlu sonuçlanan 24-38 hafta arasında gebeliğe sahip ve çalışmayı kabul eden gönüllü 103 kadın oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Araştırmada, araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyodemografik Bilgi Formu” nun yanı sıra; gebelikte oluşan değişimlerin gebenin uyumu belirlemek için “Gebelik Deneyimleri Ölçeği” ve gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirmek amacıyla “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1.1. Sosyodemografik bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kadının ve erkeğin yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, sigara ve alkol kullanımı, infertilite süresi ve uygulanan tedavi şekli hakkında açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan formdur.

3.4.1.2. Gebelik deneyimleri ölçeği

Diepetro ve arkadaşları tarafından (2004) geliştirilen, Esmeray tarafından da (2016) dilimize uyarlanan listelenilen olay ya da konunun gebeleri sevindirici ya da üzücü olarak nasıl etkilediğini incelemek için 0 'hiç', 1 'biraz', 2 'epey', 3 'çok' olarak dörtlü likert tipinde dizayn edilmiş 41 sorudan oluşan bir ölçektir (DiPietro, Ghera, Costigan, Hawkins, 2004 ; Esmeray 2016).

Olumlu duygu hisseden gebelerden sağ taraftaki ifadede, olumsuz duygu ifade eden gebeler sol taraftaki ifadede yer alan 0 'hiç', 1 'biraz', 2 'epey', 3 'çok' seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Sağ tarafta 1'in üzerinde değerler olumlu duyguların, sol tarafta 1'in üzerinde değerler olumsuz duyguların arttığını göstermektedir. GDÖ'nde iki duygu durumu olduğu için '0' nötr değer kabul edilerek, negatif (-1,-2,-3) ve pozitif duygular (+1, +2, +3) yeniden puanlandırılarak, tek skalada toplanmıştır. Gebeler '+' puan aldığı anda olumlu, '-' puan aldığı anda olumsuz duygu yaşadığı belirlenmiştir.

GDÖ beş alt faktörden oluşmaktadır. Bu alt faktörler; bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlık, eşinin ve kendisinin yaşam şeklinde değişiklik, aile ve arkadaşlarla ilişkiler, gebelikteki olaylar ve endişeler, beden imajı ve kendisidir (DiPietro vd., 2004). Her alt faktör olumlu-olumsuz duygular sıklık ve olumlu-olumsuz duygular yoğunluk puanları ile değerlendirilmektedir.

GDÖ'de toplam altı alt boyut puanı (olumlu duygular sıklık puanı, olumsuz duygular sıklık puanı, olumlu duygular yoğunluk puanı, olumsuz duygular yoğunluk puanı, sıklık oranı ve yoğunluk oranı) elde edilmektedir. Tüm faktörler için bu puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır (DiPietro vd., 2004).

GDÖ sıklık puanı; kadınların '0' puan haricinde işaretledikleri maddelerin sayısıdır. Olumlu ve olumsuz duygular için sıklık puanı ayrı ayrı hesaplanmaktadır. GDÖ yoğunluk puanı; kadınların '0' puan haricindeki tüm puanlarının sıklık puanına

bölünmesiyle elde edilmektedir. Sıklık oranı; olumsuz duygular sıklık puanının olumlu duygular sıklık puanına bölünmesiyle elde edilmektedir. Yoğunluk oranı; olumsuz duygular yoğunluk puanının olumlu duygular yoğunluk puanına bölünmesiyle elde edilmektedir (DiPietro vd., 2004).

3.4.1.3. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği

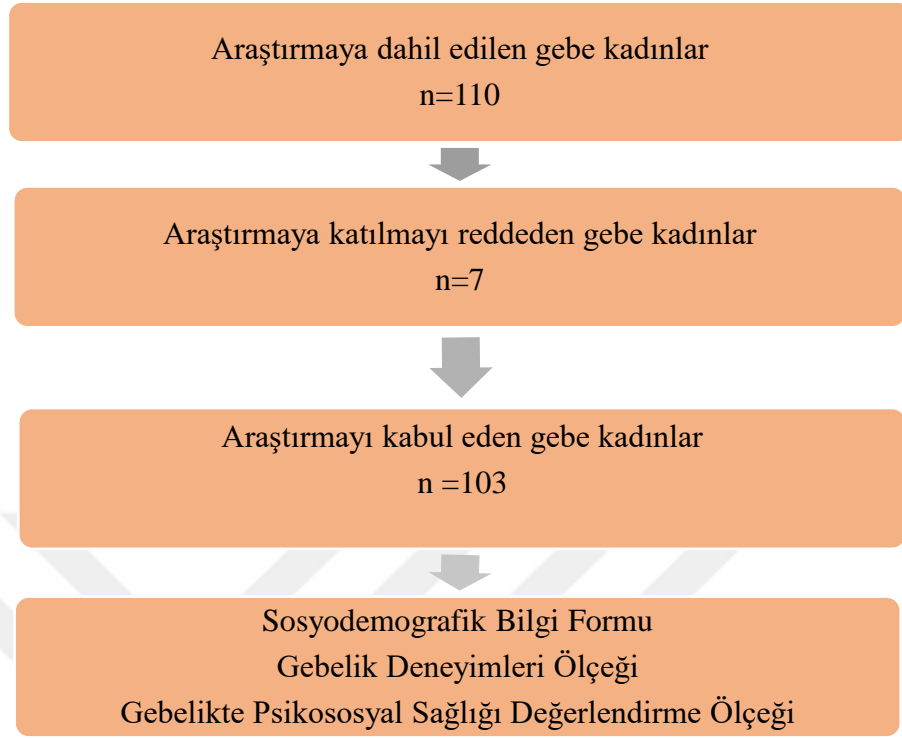
Yıldız tarafından 2011 yılında geliştirme çalışması yapılan 6 alt boyut ve 46 maddeden oluşan bir ölçektir. Psikososyal sağlığın ne düzeyde olduğunu belirleyerek hangi yönde sorun varsa o yönde bakım verme, profesyonel destek almasını sağlama yönünde bir yaklaşım söz konusudur. 5 li likert tipi olan bu ölçekte totalde alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230 dur. Değerlendirmede, gebenin ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 arasında bir değer almaktadır.

Puanlardaki artış gebelikte psikososyal sağlığa ilişkin olumlu, azalma yani puan 1'e yaklaştıkça belirtilen özelliğe ilişkin sorun olduğunu göstermesi açısından maddeler ifade tarzına, negatif ve pozitiflik durumuna göre farklı şekilde kodlanmıştır. 29 maddede çok fazla ifadesi 1, hiç ifadesi 5 ile puanlandırılarak (çok fazla 1, fazla 2, orta 3, az 4, hiç 5), kalan 17 madde de (1,2,3,5,6,8,16,17,18,19,20,31,32,33,34,35,42 maddeler) çok fazla ifadesi 5, hiç ifadesi de 1 ile (çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç 1) puanlandırılarak kodlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanma Şekli

Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından araştırmanın yapıldığı hastanede kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran infertilite tedavisi başarılı olup gebe kalan kadınların telefon bilgisi hastaneden edinilmiş olup; araştırmanın amacı açıklandıktan ve onamları alındıktan sonra anket formları ve ölçekler; online anket ve telefon üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Araştırma tasarımı ve veri toplama işlem basamakları ;



Şekil 3.1: Araştırma Tasarımı ve Veri Toplama İşlem Basamakları

3.6. Verilerin Analizi

Anket aracılığıyla elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS 22 versiyonu programı kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerine yönelik sorular sorulmuş ve Gebelik Deneyimleri Ölçeği, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerde yer alan soruların katılımcılar tarafından aynı algılanıp algılanmadığının tespiti Tukey Non-Addivity testi ile ve soruların bir toplamsal ölçek oluşturacak biçimde hazırlanıp hazırlanmadığı Hotelling T^2 testi ile test edilmiştir. Sonuç olarak kullanılan ölçeğin toplanabilirliği sağladığı (Hotelling $T^2=16341.193$, $p=0.001<0.05$) ve ölçeğe verilen cevapların birbirinden farklı olduğu görülmüştür (Tukey Non-Addivity $p=0.001<0.05$).

Araştırmada kullanılan verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri baz alınarak normallik dağılımı varsayımını sağlayıp sağlamadığı incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu tespit edildiği için verilerin

dağılımının normal dağılıma uygunluk gösterdiği bu nedenle ölçek puan karşılaştırmaları yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek puanı ile demografik karşılaştırmalarda iki grup karşılaştırmaları için Independent Sample T-Test, kategorik olmayan değişkenlerde ise ilişkini incelenmesi için de pearson korelasyonu kullanılmıştır. Demografik bilgilere ilişkin frekans (n) ve yüzde (%), ölçek bilgisine ilişkin ortalama, standart sapma, korelasyon katsayısına yer verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Yapılan araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.10.2020 tarih ve 2020-427 karar konulu etik kurul onayı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan ise 06.04.2021 tarih ve 167315 sayılı araştırma izni alınmıştır. Araştırma için kullanılan ölçek izinleri alınmış olup, araştırmaya katılan gebelerin istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, bilgilerin bilimsel amaç için kullanılacağı ve gizli tutulacağı bilgilendirilmesi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle, infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadın popülasyonuna genellenememesi, kişilere erişimin zor olması, anket ve ölçeklerdeki soru sayılarının fazla olması araştırmanın sınırlılığdır.

4. BULGULAR

İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda gebelik deneyimleri ve gebelikte psikososyal sağlık durumlarını incelemek amacıyla planlanmış bu araştırma da elde edilen bulgular 3 bölümde incelendi:

- 4.1. Katılımcıların sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin sonuçların incelenmesi
- 4.2. GPSDÖ puan ortalamalarının analizi ve sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin sonuçlar ile karşılaştırılması
- 4.3 GDÖ sıklık ve yoğunluk puan ortalamasının analizi ve sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin sonuçlar ile karşılaştırılması



4.1.Katılımcıların Sosyodemografik, Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçların İncelenmesi

Tablo 4.1.1. Katılımcıların sosyodemografik,obstetrik ve infertiliteye ilişkin özellikleri

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Öğrenim Durumunuz	İlköğretim	5	4.9
	Ortaöğretim	9	8.7
	Lise	45	43.7
	Lisans	43	41.7
	Lisansüstü	1	1
Mesleğiniz	Ev hanımı	19	18.4
	Memur	44	42.7
	İşçi	28	27.2
	Serbest meslek	12	11.7
Eşinizin öğrenim durumu	Ortaokul	5	4.9
	Lise	50	48.5
	Lisans	47	45.6
	Lisansüstü	1	1
Eşinizin mesleği	İşçi	28	27.2
	Memur	53	51.5
	Serbest meslek	22	21.4
Aile tipi	Çekirdek	86	83.5
	Geniş	17	16.5
Ailenizin aylık toplam geliri	Gelir giderden az	100	97.1
	Gelir gidere fazla	3	2.9
İkamet yeri	İl	36	35
	İlçe	62	60.2
Sigara kullanımı	Köy/kasaba	5	4.9
	Evet	37	35.9
Alkol kullanımı	Hayır	66	64.1
	Evet	7	6.8
Jinekolojik operasyon geçirme öyküsü	Hayır	96	93.2
	Evet	12	11.7
Abortus öyküsü	Hayır	91	88.3
	Evet	75	72.8
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu	Hayır	28	27.2
	Evet	52	50.5
Uygulanan yardımcı üreme tekniği	Hayır	51	49.5
	IUI	7	6.8
	IVF	74	71.8
İnfertilite tedavi sürecinde başvurulan kaynaklar	ICSI	22	21.4
	İnternet	70	20.40
	Aile	55	16.03
	Arkadaşlar	79	23.03
	Dini kaynaklar	47	13.70
	Sağlık personeli	92	26.82
Değişkenler		Ortalama	Standart sapma
Yaşınız		37.34	3.45
Boyunuz		164.79	6.44
Kilonuz		85.33	8.45
Eşinizin yaşı		42.19	3.43
Evlilik süreniz		6.74	2.13
İnfertilite süresi (yıl)		3.33	1.07
İnfertilite tedavi süresi(yıl)		1.82	0.65
Gebelik haftanız		32.06	3.11

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılanların öğrenim durumu incelendiğinde; 45’inin (%43.7) lise, meslekleri incelendiğinde; 44’ünün (%42.7) memur, eşlerinin öğrenim durumu incelendiğinde, 50’sinin (%48.5) lise, eşlerinin mesleği bakımından incelendiğinde; 53’ünün (%51.5) memur, aile tipi incelendiğinde; 86’sının (%83.5) çekirdek aile, ikamet ettiği yer incelendiğinde ise; 62’sinin (%60.2) ilçede, 66’sının (%64.1) sigara kullanmadığı, 96’sının (%93.2) alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Jinekolojik operasyon geçirme öyküsü değişkeni bakımından incelendiğinde; 91’inin (%88.3) öyküsü olmadığı, 75’inin (%72.8) abortus öyküsü olduğu, daha önce infertilite tedavisi alma durumu değişkeni bakımından incelendiğinde ise; 52’sinin (%50.5) tedavi aldığı, 74’ünün (%71.8) IVF uygulandığı gözlenmiştir. İnfertilite tedavi sürecinde başvurulan kaynaklar incelendiğinde, en fazla başvurulan birinci kaynağın sağlık personeli (%26.82) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılanlar yaş değişkeni bakımından incelendiğinde; yaş ortalamasının 37.34 ± 3.45 , minimum yaşın 27, maksimum yaşın ise 43 olduğu, boy uzunluğu incelendiğinde boy ortalamasının 164.79 ± 6.44 , minimum 152 cm, maksimum 178 cm olduğu, kilo bakımından incelendiğinde kilo ortalamasının 85.33 ± 8.45 olduğu, minimum kilonun 59, maksimum kilonun da 100 olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların eşinin yaşı bakımından incelendiğinde, eş yaş ortalamasının 42.19 ± 3.43 , minimum eş yaşının 33, maksimum yaşın ise 49 olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, katılımcıların evlilik süresi incelendiğinde, ortalama evlilik süresinin 6.74 ± 2.13 , minimum evlilik süresinin 3 yıl, maksimum evlilik süresinin ise 15 yıl olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların infertilite süresi yıl bakımından incelendiğinde; ortalama infertilite süresinin 3.33 ± 1.07 , minimum infertilite süresinin 2 yıl, maksimum infertilite süresinin ise 8 yıl olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, infertilite tedavi süresi incelendiğinde, ortalama olarak 1.82 ± 0.65 yıl, minimum 1 yıl, maksimum 3 yıl sürdüğu gözlenmiştir. Katılımcıların gebelik haftası incelendiğinde, ortalama olarak 32 ± 3.11 haftalık, minimum 25 haftalık, maksimum 38 haftalık gebelerin çalışmaya katıldığı tespit edilmiştir.

4.2.GPSDÖ Puan Ortalamalarının Analizi ve Sosyodemografik, Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçlar İle Karşılaştırılması

Tablo 4.2.1. GPSDÖ alt boyutlarına ve toplam puanına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

GPSDÖ total ve alt boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama	SS
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler (F1)	3,15	4,23	3,83	0,169
Kaygı ve strese ait özellikler (F2)	1,75	3,25	2,57	0,248
Aile içi şiddete ait özellikler (F3)	2,71	4,29	3,73	0,283
Psikosozyal destek gereksinimine ait özellikler (F4)	2,71	4,29	3,73	0,283
Ailesel özellikler (F5)	2,75	4,25	3,55	0,295
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikosozyal değişikliklere ait özellikler (F6)	2,33	3,83	3,01	0,346
GPSDÖ toplam puan	3,28	3,78	3,56	0,108

Tablo 4.2.1.' de GPSDÖ'ye ait alt boyutların ve ölçek toplam puanına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyutuna ilişkin minimum puanın 3.15, maksimum puanın 4.23, ortalamasının 3.83 ± 0.169 olduğu, kaygı ve strese ait özellikler alt boyutuna ilişkin minimum puanın 1.75, maksimum puanın 3.25, ortalamasının ise 2.57 ± 0.248 olduğu, aile içi şiddete ait özellikler alt boyutuna ilişkin minimum puanın 2.71, maksimum puanın 4.29, ortalamasının ise 3.73 ± 0.283 olduğu, psikososyal destek gereksinime ait özellikler alt boyutuna ilişkin minimum puanın 2.71, maksimum puanın 4.29, ortalamasının ise 3.73 ± 0.283 olduğu, ailesel özellikler alt boyutuna ilişkin minimum puanın 2.75, maksimum puanın 4.25 olduğu, ortalamasının 3.55 ± 0.295 olduğu, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikosozyal değişikliklere ait özelliklere ilişkin minimum puanın 2.33, maksimum puanın 3.83, ortalamasının 3.01 ± 0.346 olduğu, GPSDÖ toplam puanına ilişkin minimum puanın 3.28, maksimum puanın 3.78, ortalamasının ise 3.56 ± 0.108 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.2. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin faktörler ile GPSDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının

Karşılaştırılması							
Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin faktörler	GPSDÖ TOPLAM X±SS	Gebelik ve eş ilişkisi X±SS	Kaygı ve stres X±SS	Aile içi şiddet X±SS	Psikososyal destek gereksinimi X±SS	Ailesel özellikler X±SS	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler X±SS
Öğrenim Durumunuz							
İlköğretim	2,94±0,06	2,06±0,14	2,62±0,20	4,44±0,16	3,33±0,37	2,45±0,24	3,22±0,36
Ortaöğretim	2,85±0,21	2,04±0,23	2,51±0,41	4,27±0,19	3,30±0,28	2,32±0,26	2,96±0,45
Lise	2,90±0,12	2,03±0,22	2,55±0,23	4,39±0,21	3,33±0,28	2,51±0,34	3,00±0,33
Lisans	2,91±0,12	2,02±0,16	2,60±0,22	4,39±0,22	3,41±0,20	2,41±0,24	3,01±0,33
Lisansüstü	2,90	1,92	2,50	4,12	3,42	2,25	3,00
F,p	0,719;0,581	0,165;0,956	0,417;0,796	1,165;0,331	0,662;0,620	1,198;0,317	0,586;0,674
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu							
Evet	2,92±0,13	2,06±0,23	2,60±0,23	4,39±0,21	3,37±0,24	2,49±0,29	3,03±0,34
Hayır	2,87±0,12	1,99±0,14	2,54±0,26	4,36±0,22	3,35±0,28	2,40±0,29	3,00±0,34
t,p	1,977;0,051	1,835;0,070	1,259;0,211	0,767;0,445	0,476;0,635	1,162;0,110	0,457;0,649
Uygulanan yardımcı üreme tekniği							
IUI	2,85±0,22	2,07±0,20	2,51±0,43	4,35±0,16	3,18±0,37	2,28±0,46	2,97±0,35
IVF	2,91±0,12	2,04±0,19	2,56±0,23	4,39±0,22	3,37±0,25	2,42±0,27	3,06±0,33
ICSI	2,89±0,11	1,98±0,18	2,62±0,23	4,34±0,20	3,38±0,23	2,56±0,26	2,89±0,36
F,p	0,698;0,500	0,816;0,445	0,673;0,512	0,597;0,552	1,825;0,167	3,150;0,110	2,054;0,134
Abortus öyküsü							
Evet	2,90±0,13	2,05±0,19	2,57±0,24	4,35±0,19	3,36±0,24	2,44±0,29	3,04±0,33
Hayır	2,89±0,13	1,96±0,18	2,58±0,27	4,45±0,25	3,36±0,31	2,45±0,31	2,94±0,36
t,p	0,512;0,618	2,085;0,545	-0,348;0,728	-2,009;0,057	-0,044;0,965	-0,132;0,895	1,326;0,188

Tablo 4.2.2.'de katılımcıların sosyodemografik,obstetrik ve infertiliteye ilişkin faktörler ile gebelikte psikososyal sağlık değerlendirme ölçeğinin toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; örneklem sayısı azlığı nedeniyle anlamlılık bulunmamış olabilir.

Tablo 4.2.3. Yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi,evlilik süresi,gebelik haftası ile GPSDÖ puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişkenler		GPSDÖ toplam puanı
Yaş	Pearson	0,077
	p	0,219
İnfertilite süresi	Pearson	0,142
	p	0,076
İnfertilite tedavi süresi	Pearson	0,043
	p	0,334
Evlilik süresi	Pearson	0,291
	p	0,001
Gebelik haftası	Pearson	-0,017
	p	0,431

Tablo 4.2.3.'de yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, evlilik süresi, gebelik haftası ile gebelikte psikososyal sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Yaş ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). İnfertilite süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). İnfertilite tedavi süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Evlilik süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$). Evlilik süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0,291$).Gebelik haftası ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.3.GDÖ Sıklık ve Yoğunluk Puan Ortalamasının Analizi ve Sosyodemografik, Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Sonuçlar İle Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1. Gebelik Deneyimleri Ölçeğine (GDÖ) ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Ölçek		Ortalama	Standart sapma
GDÖ Olumlu Duygular	Sıklık	20.22	1.82
	Yoğunluk	10.51	0.89
GDÖ Olumsuz Duygular	Sıklık	16.66	2.62
	Yoğunluk	5.96	0.87
GDÖ Oran	Sıklık oran	0.83	0.18
	Yoğunluk oran	0.57	0.09

Tablo 4.3.1’de GDÖ olumlu duygular sıklık puanı incelendiğinde, ortalama 20.22 ± 1.82 olduğu, yoğunluk puanının ise 10.51 ± 0.89 olduğu görülmektedir. GDÖ olumsuz duygular sıklık puanı incelendiğinde, ortalama 16.66 ± 2.62 olduğu, yoğunluk puanının ise 5.96 ± 0.87 olduğu tespit edilmiştir. GDÖ orana ilişkin sıklık oranı incelendiğinde ortalama olarak 0.83 ± 0.18 , yoğunluk puanının ortalaması 0.57 ± 0.09 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.2. GDÖ alt boyut gruplandırma istatistiklerinin dağılımı

ÖLÇEK		N	Ortalama	SS
Aile ve arkadaşlarla ilişkiler olumlu duygular	Sıklık	102	2.82	0.77
	Yoğunluk	102	1.88	0.26
Aile ve arkadaşlarla ilişkiler olumsuz duygular	Sıklık	103	5.73	1.55
	Yoğunluk	103	1.05	0.09
Gebelikteki olaylar ve endişeler olumlu duygular	Sıklık	103	6.80	0.52
	Yoğunluk	103	2.28	0.17
Gebelikteki olaylar ve endişeler olumsuz duygular	Sıklık	103	2.16	0.57
	Yoğunluk	103	1.40	0.34
Beden imajı ve kendisi olumlu duygular	Sıklık	99	1.23	0.51
	Yoğunluk	99	1.94	0.37
Beden imajı ve kendisi olumsuz duygular	Sıklık	103	3.67	0.62
	Yoğunluk	103	1.25	0.24
Bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlık olumlu duygular	Sıklık	103	5.85	0.82
	Yoğunluk	103	2.31	0.31
Bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlık olumsuz duygular	Sıklık	84	1.70	0.72
	Yoğunluk	84	1.30	0.41

Tablo 4.3.2. incelendiğinde; aile ve arkadaşlarla ilişkiler olumlu duygular sıklık puan ortalamasının 2.82 ± 0.77 olduğu, olumlu duygular yoğunluk puanının 1.88 ± 0.26 olduğu görülmektedir. Aile ve arkadaşlarla ilişkiler olumsuz duygular sıklık puanının ortalamasının 5.73 ± 1.55 , olumsuz duygular yoğunluk puan ortalamasının 1.05 ± 0.09 olduğu gözlenmektedir.

Gebelikteki olaylar ve endişeler olumlu duygular sıklık puan ortalamasının 6.80 ± 0.52 olduğu, gebelikteki olaylar ve endişeler olumlu duygular yoğunluk puanı ortalamasının 2.28 ± 0.17 olduğu tespit edilmiştir. Gebelikteki olaylar ve endişeler olumsuz duygular sıklık puan ortalamasının 2.16 ± 0.57 , gebelikteki olaylar ve endişeler olumsuz duygular yoğunluk puan ortalamasının 1.40 ± 9.34 olduğu saptanmıştır.

Beden imajı ve kendisine ilişkin olumlu duygular sıklık puan ortalamasının 1.23 ± 0.51 , beden imajı ve kendisine ilişkin olumlu duygular yoğunluk puan ortalamasının 1.94 ± 9.37 olduğu tespit edilmiştir. Beden İmajı ve kendisi olumsuz duygular sıklık puan ortalamasının 3.67 ± 0.62 , beden imajı ve kendisi yoğunluk puan ortalamasının 1.25 ± 0.24 olduğu gözlenmiştir.

Bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlığa ilişkin olumlu duygular sıklık puan ortalamasının 5.85 ± 0.82 , bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlığı ilişkin olumlu duygular yoğunluk puan ortalamasının 2.31 ± 0.31 olduğu tespit edilmiştir. Bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlık olumsuz duygular sıklık puan ortalamasının 1.70 ± 0.72 olduğu, bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlık yoğunluk puan ortalamasının 1.30 ± 0.41 olduğu saptanmıştır.

Eşinin ve kendisinin yaşam şeklinde değişikliğe ilişkin olumlu duygular sıklık puan ortalamasının 3.58 ± 1.16 , eşinin ve kendisinin yaşam şeklinde değişikliğe ilişkin olumlu duygular yoğunluk puan ortalamasının 2.17 ± 0.33 olduğu tespit edilmiştir. Eşinin ve kendisinin yaşam şeklinde değişiklik olumsuz duygular sıklık puan ortalamasının 3.68 ± 1.13 , yoğunluk puan ortalamasının ise 1.19 ± 0.21 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.3. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin özellikler ile GDÖ sıklık puanlarının ilişkilendirilmesi

Gebelerin Sosyodemografik, Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Faktörler	GDÖ Sıklık Puanı			GDÖ Olumlu Duygular Sıklık Puanı			GDÖ Olumsuz Duygular Sıklık Puanı		
	Ortalama	Standart sapma	p	Ortalama	Standart sapma	p	Ortalama	Standart sapma	p
Öğrenim Durumu									
İlköğretim	0,8	0,1	0,900	19,2	2,0	0,541	15,4	1,5	0,236
Ortaöğretim	0,8	0,2		20,5	2,6		16,2	2,7	
Lise	0,8	0,1		20,3	1,7		16,2	2,7	
Lisans	0,8	0,1		20,1	1,6		17,3	2,4	
Lisansüstü	0,7	-		22,0	-		16,0	-	
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu									
Evet	0,8	0,1	0,474	20,3	1,7	0,562	16,5	2,5	0,534
Hayır	0,8	0,1		20,1	1,9		16,8	2,7	
Uygulanan yardımcı üreme tekniği									
IUI	0,9	0,1	0,348	19,4	1,9	0,422	17,7	1,6	0,414
IVF	0,8	0,1		20,3	1,8		16,4	2,8	
ICSI	0,8	0,1		20,0	1,6		16,9	1,8	
Abortus öyküsü									
Evet	0,8	0,1	0,012	20,1	1,8	0,487	17,1	2,6	0,413
Hayır	0,7	0,1		20,4	1,6	15,4	2,0		
Meslek									
Ev hanımı	0,8	0,2	0,912	19,8	2,2	0,034	15,9	2,8	0,510
Memur	0,8	0,1		20,6	1,5		17,0	2,4	
İşçi	0,8	0,1		20,3	1,8		16,6	2,7	
Serbest meslek	0,8	0,1		19,0	1,4		16,4	2,6	

Tablo 4.3.4. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin özellikler ile GDÖ yoğunluk puanlarının ilişkilendirilmesi

Sosyodemografik,Obstetrik ve İnfertiliteye İlişkin Faktörler		GDÖ Yoğunluk Puanı			GDÖ Olumlu Duygular Yoğunluk Puanı			GDÖ Olumsuz Duygular Yoğunluk Puanı		
		Ortalama	Standart sapma	p	Ortalama	Standart sapma	p	Ortalama	Standart sapma	p
Öğrenim Durumu										
	İlköğretim	0,5	0,07		10,4	0,5		5,7	0,6	
	Ortaöğretim	0,6	0,08	0,128	10,0	0,8	0,061	6,5	0,6	0,465
	Lise	0,5	0,09		10,4	0,8		5,9	0,9	
	Lisans	0,5	0,09		10,7	0,9		5,9	0,8	
	Lisansüstü	0,6	-		9,0	-		5,7	-	
Daha önce infertilite tedavisi alma durumu										
	Evet	0,5	0,08	0,838	10,6	0,9	0,073	6,0	0,7	0,134
	Hayır	0,5	0,10		10,3	0,8		5,8	0,9	
Uygulanan yardımcı üreme tekniği										
	IUI	0,5	0,04		9,9	0,7		5,8	0,3	
	IVF	0,5	0,09	0,220	10,4	0,9	0,095	5,8	0,9	0,012
	ICSI	0,5	0,08		10,7	0,6		6,4	0,7	
Abortus öyküsü										
	Evet	0,5	0,09	0,006	10,4	0,9	0,222	6,0	0,7	0,064
	Hayır	0,5	0,08		10,6	0,6		5,6	1,0	
Meslek										
	Ev hanımı	0,5	0,07		10,2	0,7		5,9	0,7	
	Memur	0,5	0,07		10,7	0,8		5,7	0,7	
	İşçi	0,5	0,10	0,049	10,4	0,9	0,153	6,1	0,9	0,331
	Serbest meslek	0,6	0,12		10,2	1,1		6,1	1,1	

Tablo 4.3.3. incelendiğinde; gebelerin öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavi alma durumu, uygulanan yardımcı üreme tekniği, meslek ile GDÖ sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Abortus öyküsü ile GDÖ sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

GDÖ olumlu duygular sıklık puan ortalaması ile öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavi alma durumu, uygulanan yardımcı üreme tekniği, abortus öyküsü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Meslek ile GDÖ olumlu duygular sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

GDÖ olumsuz duygu sıklık puan ortalaması ile öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavi alma durumu, uygulanan yardımcı üreme tekniği, abortus öyküsü, meslek arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.4. incelendiğinde; gebelerin öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavisi alma durumu, uygulanan yardımcı üreme tekniği, meslek ile GDÖ yoğunluk puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Abortus öyküsü ile GDÖ yoğunluk puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

GDÖ olumlu duygular yoğunluk puan ortalaması ile öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavi alma durumu, uygulanan yardımcı üreme tekniği, abortus öyküsü, meslek arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

GDÖ olumsuz duygu yoğunluk puan ortalaması ile öğrenim durumu, daha önceden infertilite tedavi alma durumu, abortus öyküsü, meslek arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Uygulanan yardımcı üreme teknikleri ile GDÖ olumsuz duygu yoğunluk puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.3.5. Sosyodemografik, obstetrik ve infertiliteye ilişkin değişkenlerin GDÖ sıklık ve yoğunluk korelasyonunun incelenmesi

Değişkenler		GDÖ Sıklık	GDÖ Yoğunluk
Yaş	Pearson	-0,062	0,098
	P	0,535	0,327
İnfertilite Süresi	Pearson	-0,090	-0,013
	P	0,368	0,899
İnfertilite Tedavi Süresi	Pearson	-0,136	-0,044
	P	0,172	0,659
Evlilik Süresi	Pearson	-0,113	0,135
	P	0,257	0,173
Gebelik Haftası	Pearson	-0,027	0,005
	P	0,786	0,961

Tablo 4.3.5 de Yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, evlilik süresi, gebelik haftası ile GDÖ sıklık ve yoğunluk puan ilişkisinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, evlilik süresi, gebelik haftası ile GDÖ sıklık puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaş, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi, evlilik süresi, gebelik haftası ile GDÖ yoğunluk puanı arasında da anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların psikososyal sağlık ve yaşamış olduğu deneyimler açısından değerlendirilmesi önemlidir. Gebelik yaşayan kadınlar için gebelik dönemi olumsuz duyguların hakim olduğu ya da ambivalans duyguların yaşandığı bir dönem olarak da karşımıza çıkmaktadır. İnfertilite tedavisi sonucu gebelik yaşayan kadınların anksiyete ve kaygı düzeyinin, spontan gebeliğe sahip kadınlara göre daha yüksek olduğu da görülmektedir (Tendais & Figueiredo, 2016).

Literatür araştırmaları incelendiğinde; infertilitede psikososyal sağlığın incelendiği ve gebelik deneyimlerinin spontan gebelerde incelendiği farklı çalışmalara rastlamak mümkündür (Körükçü, Deliktaş, Aydın & Kabukcuoğlu, 2017; Erdemoğlu, Karakayalı & Özşahin, 2018; Pepe & Ege, 2019). Fakat infertilite tedavisi sonrası gebelikte psikososyal sağlık ve gebelik deneyimlerinin incelenmesini birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Fertilite ve yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında; yapılan çalışmalarda yaşın artmasının fertilite arasında ters orantı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Yaş ile birlikte over rezervinin azalması infertiliteye zemin hazırlamaktadır. Özellikle, 35 yaş ve üstünde anne olunması hem Türkiye’de hem de dünyada artma eğilimindedir. Dünya ortalamasına bakılacak olursa; ortalama yaş 30’dur (OECD, 2019). Bunun nedeni olarak da, kadının eğitim seviyesinin yüksek olması ve iş hayatında rol almaları ile birlikte toplumda olan değişimlerdir (Carolan & Nelson, 2007). Çalışmamızda infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların yaş ortalamasının 37.34 ± 3.45 olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise gebelerin yaş ortalamalarının 33.24 ± 4.90 olduğu görülmektedir (Kavlak, Çetinkaya, Kazankaya, Mısırlı & Aksakal, 2021). Başka bir çalışmada ise yaş ortalaması infertilite tedavisi sonrası gebe kalan grupta 32.92 ± 5.27 olarak bulunmuştur (Çavuşoğlu, 2015).

Araştırmaya katılanların öğrenim durumu incelendiğinde; %86,4 oranında lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada ise; lise veya üzeri eğitim düzeyi %79 oranındadır (Carolan & Nelson, 2007). Tanımlayıcı bir araştırmada, öğrenim düzeyi lise ve üzeri %69,9 oranı olarak belirlenmiştir (Kavlak vd., 2021). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar kariyer sahibi

ve işgücünde daha fazla rol aldıkları için fertilité açısından olumsuz etkilemekte ve yardımcı üreme tekniklerine başvurdukları için yüzde olarak sayıları daha fazla olduğu söylenebilmektedir.

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde; 19'unun (%18.4) ev hanımı, 44'ünün (%42.7) memur, 28'inin (%27.2) işçi, 12'sinin (%11.7) ise serbest meslek olduğu görülmüştür. Verilerde çoğunluk olarak çalışan kadın sayısı fazladır, bu da yine bize kadının iş hayatında oluşunun infertilite ile ilişkilendirilmesinde bir faktör olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışmada ise bu veriler, çalışan oranı %61, çalışmayan oranı ise % 39 şeklindedir (Çavuşoğlu, 2015).

Katılımcıların infertilite süresi yıl bakımından incelendiğinde; ortalama infertilite süresinin 3.33 ± 1.07 , minimum infertilite süresinin 2 yıl, maksimum infertilite süresinin ise 8 yıl olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, infertilite tedavi süresi incelendiğinde, ortalama olarak 1.82 ± 0.65 yıl, minimum 1 yıl, maksimum 3 yıl sürdüğü gözlenmiştir. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışmada, çiftlerin ortalama evlilik süresi 7.04 ± 4.29 yıl, ortalama infertilite süresi 5.59 ± 3.35 yıl şeklindedir (Cetişli, Ören & Ferda, 2018). Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bir çalışmada ise ;evlilik süresi değerlendirildiğinde de, %47'sinin beş yılın altında, %13'ünün 5-10 yıl arasında, %40'ının ise 10 yıldan fazla süredir evli oldukları görülmektedir (Keskin & Gümüş, 2014).

Gebelik döneminde sigara içilmesi gebelik sürecini ve sonrasını olumsuz etkilemektedir. İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlar riskli gebelik sınıfında olmak ile birlikte sigara kullanımı da erken doğum, abortus, ölü doğum gibi birçok risk faktörüne de neden olmaktadır (Kısacık & Gölbaşı, 2009). Caspers ve ark. çalışmasında, sigaraya pasif ve aktif olarak maruziyetin fetal uzuv gelişiminde teratojen etki oluşturduğu gözlenmiştir (Caspers vd., 2013). Massey ve ark. çalışmasında ise; gebelikte madde kullanımının bırakılması ile prenatal döneme erken başlanması ile annelik kimliğinin oluşması arasında pozitif bir yönde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Massey, Neiderhiser, Shaw, Leve & Ganiban, 2012). Araştırmaya katılanların 37'sinin (%35.9) sigara kullandığı, 66'sının (%64.1) sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise gebelikte sigara kullanım

oranı % 14,5, kullanmama oranı %85.5 sonucuna ulaşılmıştır (Karabulutlu & Akdemir, 2021).

Araştırmaya katılan gebelerin uygulanan tedavi yöntemleri; 7'sinin (%6.8) IUI, 74'ünün (%71.8) IVF, 22'sinin (%21.4) ICSI uygulandığı gözlenmiştir. Yapılan bir tanımlayıcı araştırmada ise; aşılama (inseminasyon) %12.8, IVF-ET % 32.3, ICSI % 51.9, diğer tedavi yöntemi %3 oranında bulunmuştur (Massey vd., 2012).

Katılımcıların Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 3.56 ± 0.108 olduğu sonucuna varılmıştır. Bu ortalama 1 ile 5 arasındadır. Toplam puan ortalaması 5' ten uzaklaşıp 1'e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin psikososyal sağlığı orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bu ölçekle yapılan kesitsel bir çalışmada, GPSDÖ toplam puan ortalaması $3,20 \pm 0,5$ olarak elde edilmiş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir (Erdemoğlu, Karakayalı & Özşahin, 2018).

İnfertilite süresi ile gebelikte psikososyal sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Buna göre infertilite süresinin artmasının veya azalmasının psikososyal sağlığı etkilemediği sonucuna ulaşılmaktadır. İnfertil kadınlar gebe kaldıklarında gebelik oluşumunun vermiş olduğu olumlu duygular psikososyal sağlığı olumlu etkilemekte ancak bu olumlu duygular gebe kalan kadının infertilite döneminde yaşamış olduğu olumsuzluk duygularında etkisi altında kaldığı için olumlu duyguları tam olarak yaşayamadığı sonucuna varılmaktadır (HaCohen, Amir & Wiseman, 2018).

Çalışmamızda, gebelerin psikososyal sağlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçeğin toplam puan ortalamasının 3.56 ± 0.108 olduğu bulunmuştur. Bu ölçek kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, toplam puan ortalaması 3.00 ± 0.25 şeklindedir (Özçetin & Erkan, 2019). Kesitsel nitelikte yapılan bir araştırmada ise; toplam puan ortalaması $3,20 \pm 0,5$ olarak tespit edilmiştir (Erdemoğlu vd., 2018).

GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ortalama sahip "gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyutunun puan ortalaması 3.83 ± 0.169 olduğu saptanmıştır. Bu ortalamaya göre, gebelerin eşleriyle olan ilişkinin orta düzeyin üstünde iyi düzeye yakın bir ilişkileri olduğunu söyleyebiliriz. Bu düzeyde bir ilişkilerinin olmasında bireylerin gebelik sürecinde birbirine karşı destek

görevi gördüğü ve infertilite tedavi sürecinde ikisinin aktif rol alması etkilemiş olduğu düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada ise, “ gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt puan ortalaması 2.05 ± 0.57 olarak tespit edilmiştir. Ortalamanın düşük olması sonucunda gebenin ve eşi arasındaki ilişkinin güçlenmesi gerektiği ve gebenin sosyal desteğe ihtiyacı olduğu düşünülmüştür (Aksay, Gülhan, Saygın & Körükcü, 2017).

İnfertilite tedavisi sonucunda gebe kalan kadınların psikolojik açıdan değerlendirilmesi son derece önemli bir husustur. Gebenin daha önceden yaşamış olduğu kötü deneyimler, gebelik sürecinde yeterli destek kaynaklarının olmayışı, yaşam standartları gebeyi olumsuz etkilemektedir (Covington & Burns, 2006). GPSDÖ alt boyut puan ortalamasında en düşük ortalamaya sahip alt boyutun “kaygı ve strese ait özellikler ” olduğu bulunmuştur (2.57 ± 0.248). Gebe kadının gebeliği kabullenmesi, riskli bir gebelik olduğu için gebelik kaybının yaşanacağı düşüncesi kadının stres ve kaygı duymasına neden olabilir. Kanada’ da yapılan bir çalışmada, gebelik süreci ile depresyon arasında bir ilişkinin olduğu, birinci trimesterde gebelerin %7.4’ünde depresyon yaşandığı, ikinci ve üçüncü trimesterde bu oranın %12’ye artış gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır (Bennett, Einarson, Taddio , Koren & Einarson ,2004).

GPSDÖ ile sosyodemografik değişkenler tarafından incelendiğinde; evlilik süresi ile gebelikte psikososyal sağlık puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p= 0,001$). Pozitif yönde bir ilişki vardır ($r=0,291$). Evlilik süresinin uzun olması gebelikte psikososyal sağlığı olumlu yönde etkilediği sonucuna da ulaşılabilmektedir.

Gebelik ile birlikte kadın, öncesinde yaşamış olduğu olumsuzluklardan dolayı gebelik boyunca gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik değişimlere adaptasyonu zor olabilmektedir (Boz vd., 2018). GDÖ’de toplam altı alt boyut puanı (olumlu duygular sıklık puanı, olumsuz duygular sıklık puanı, olumlu duygular yoğunluk puanı, olumsuz duygular yoğunluk puanı, sıklık oranı ve yoğunluk oranı) elde edilmektedir (DiPietro vd., 2004). GDÖ olumlu duygular sıklık puanı incelendiğinde, ortalama 20.22 ± 1.82 olduğu, yoğunluk puanının ise 10.51 ± 0.89 olduğu görülmektedir. GDÖ olumsuz duygular sıklık puanı incelendiğinde, ortalama 16.66 ± 2.62 olduğu, yoğunluk puanının ise 5.96 ± 0.87 olduğu tespit edilmiştir. GDÖ orana ilişkin sıklık oranı incelendiğinde

ortalama olarak 0.83 ± 0.18 , yoğunluk puanının ortalaması 0.57 ± 0.09 olduğu saptanmıştır. Buna göre, katılımcıların gebelik deneyimi ölçeğine ilişkin puanlar incelendiğinde, olumlu duygular sıklık ve yoğunluk puanının daha yüksek olduğu yani gebelerin gebelik sürecinde ağırlıklı olarak olumlu duygular tutumu gösterdiği söylenebilmektedir.

Abortus öyküsü ile GDÖ sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Abortus öyküsünün olup olmadığı GDÖ sıklık puan ortalamasını etkilemektedir. Meslek ile GDÖ olumlu duygular sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Verilerin analizi sonucunda memur ile serbest meslek olan kişilerin gebeliğe olumlu duygu tutumu birbirinden farklıdır ($p=0,018$). Yapılan bir çalışmada kişinin çalışma durumu ve sosyo ekonomik durumunun gebelik algısını etkilediği görülmektedir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014). Uygulanan yardımcı üreme teknikleri ile GDÖ olumsuz duygu yoğunluk puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Uygulanan yardımcı üreme teknikleri açısından gebelerin olumsuz duygu tutumunda değişiklik gösterebileceği sonucuna varılmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda gebelik deneyimleri ve gebelikte psikososyal sağlık durumlarını incelemek amacıyla yapılan 103 gebe kadın ile gerçekleştirilen çalışmamızın sonuçları şu şekildedir;

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 37.34 ± 3.45 ve gebelerin eşlerinin yaş ortalaması 42.19 ± 3.43 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların evlilik süresi incelendiğinde, ortalama evlilik süresinin 6.74 ± 2.13 , infertilite süresi yıl bakımından incelendiğinde; ortalama infertilite süresinin 3.33 ± 1.07 , infertilite tedavi süresi incelendiğinde, ortalama olarak 1.82 ∓ 0.65 yıl, gebelik haftası incelendiğinde, ortalama olarak 32 ± 3.11 hafta olduğu, 74'ünün (%71.8) IVF uygulandığı, en fazla başvuru alan birinci kaynağın sağlık personeli (%26.82) olduğu saptanmıştır.

GPSDÖ alt boyutlarına ve toplam puanına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında; toplam puan ortalamasının ise 3.56 ± 0.108 olduğu bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde; “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut ortalaması 3.83 ± 0.169 olup en yüksek ortalamaya “kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut ortalaması 2.57 ± 0.248 olup en düşük ortalama olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda gebenin eşi ile olan ilişkisi orta düzeyin üstünde iyi düzeye yakın olan bir ilişkileri oldukları söylenebilmektedir.

GDÖ, “beden imajı ve kendisi” alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, “beden imajı ve kendisi” olumsuz duygular sıklık puan ortalamasının 3.67 ± 0.62 , “beden imajı ve kendisi” yoğunluk puan ortalamasının 1.25 ± 0.24 olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, gebelerin gebelik sürecinde beden imajı ve kendisi algısının daha çok olumsuz duygular tutumu gösterdiği söylenebilmektedir. Gebelik sürecinde bebek için psikolojik ve fiziksel hazırlığa ilişkin daha çok olumlu duygu tutumu olduğu, gebelik sürecinde eşinin ve kendisinin yaşam şeklinde değişiklik olduğunda daha çok olumsuz tutumda bulunduğu, gebelerin gebelik sürecinde aile ve arkadaşlarıyla ilişkisinde olumsuz duygu tutumu gösterdiği ölçek analizleri sonucunda ulaşılmıştır. Abortus öyküsü ile GDÖ sıklık puan ortalaması ve GDÖ yoğunluk puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Meslek ile GDÖ olumlu duygular sıklık puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tedavi sürecinde ve sonrasında yaşanan fiziksel değişimlerin ve psikososyal sağlığın değerlendirilip bireye özgü anlamlandırılması, gebelik sonrası kararlarında ve yaşıadığı zorluklarla mücadele edebilmesinde büyük önem taşımaktadır(Seymenler, & Siyez, 2018). Bazı gebeler gebelikte herhangi bir problem olmasa da kendilerini çaresiz, yetersiz hissedebilmektedir. Bu durum gebelik oluşum sürecinin, zor ve aşamalı bir şekilde elde etmeleri sonucunda gebelerde yoğun bir şekilde anksiyete yaşanmasının neden olduğu göz önünde bulundurularak danışmanlık açısından da destek olunması gerekmektedir (Covington & Burns, 2006).

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda ;

- ✓ İnfertilite tedavisi sonra gebelik sürecinde gebenin her açıdan değerlendirilmesi gerektiği, özellikle de psikososyal sağlık açısından daha fazla ön planda tutulması gerektiği,
- ✓ İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlar psikososyal sağlığı korumak için destek gruplarına ihtiyacı olduklarından dolayı bilgilendirmenin iyi yapılması, danışmanlık hizmetlerin oluşturulması ve verilmesi,
- ✓ İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların psikososyal sağlığının değerlendirilmesinde prenatal bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesini içeren çalışmaların oluşturulması,
- ✓ Daha sonra yapılacak çalışmalarda evrenin daha geniş tutulması, daha kapsamlı yapılması ve birçok merkezde yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Ahmad G, Watson A, Vandekerckhove P, Lilford R.(2006). *Techniques For Pelvic Surgery İn Subfertility*. Cochrane Database Syst Rev. Apr 19;(2):Doi: 10.1002/14651858.cd000221
- Ahmari Tehran H, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Tahmineh D. (2014). *Emotional Experiences İn Surrogate Mothers: A Qualitative Study*. Iran J Reprod Med; 12(7): 471-80: PMID: 25114669
- Aksay, Y., Gülhan, Y. B., Saygın, N., & Körükcü, Ö. (2017). *Gebelerin Psikososyal Sağlıkları Doğum Tercihini Etkiler Mi?*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 138-145.
- Aktürk, F. S. (2006).Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı,Yüksek lisans tezi,Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Afyon.
- Altıntop, İ., & Kesgin, B. (2018). *İnfertilite tedavisi gören çiftlerin kaygı, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile başa çıkma stratejileri*. Journal Of International Social Research, 11(55).
- American Society for Reproductive Medicine(ASRM).(2015). <https://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>(Erişim tarihi:05.04.2021)
- Anjum, S., Zahra, F., & Yousuf, S. M. (2019). *Ovarian reserve parameters and response to controlled ovarian stimulation in infertile patients*. Pakistan Journal of Medical Sciences, 35(4), 958. Doi: 10.12669/pjms.35.4.753
- Arbağ, E., & Tokat, M. A. (2018). *İn Vitro Fertilizasyon Tedavisi Sırasında Kadınların Fiziksel Aktivite Durumları Ve Etkileyen Faktörler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(4), 306-314. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1759159> (Erişim tarihi: 10.02.2021).
- Arslan, H., Bani,B., Güneş, K., & Eryurt, M. A.(2020).*Türkiye’de Riskli Gebelikler: 2018 TNSA Bulguları*. Nüfusbilim Dergisi, 42(1), 64-91.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Aşcı, Ö., & Beji Kızılkaya, N. (2012). *İnfertilite Danışmanlığı*. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2), 154-159
<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRReU9UTTVPUT09/infertilite-danismanligi> (Erişim tarihi : 01.12.2020)
- Bateman-Cass, C. S. (2000). *The loss within a loss: Understanding the psychological implications of assisted reproductive technologies for the treatment of infertility*. California School of Professional Psychology-San Diego.
<https://doi.org/10.1080/23293691.2021.1976048>
- Bedenk, J., Vrtačnik-Bokal, E., & Virant-Klun, I. (2020). *The role of anti-Müllerian hormone (AMH) in ovarian disease and infertility*. Journal of assisted reproduction and genetics, 37(1), 89-100.
- Beji, N. K. (2015). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları*.(Eds). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). *Prevalence of depression during pregnancy: systematic review*. Obstetrics & Gynecology, 103(4), 698-709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Boz, I., Okumus, H. (2017). *The “Everything About The Existence” Experiences Of Turkish Women With Infertility: Solicited Diaries İn Qualitative Research*. Journal Of Nursing Research, 25(4), 268-275. doi: 10.1097/JNR.0000000000000166
- Boz, İ., Özçetin, E., & Teskereci, G. (2018). *İnfertilitede Anne Olma: Kuramsal Bir Analiz*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 506-521. doi:10.18863/pgy.382342
- Broekmans, F. J., Kwee, J., Hendriks, D. J., Mol, B. W., & Lambalk, C. B. (2006). *A Systematic Review Of Tests Predicting Ovarian Reserve and IVF Outcome*. Human reproduction update, 12(6), 685-718. doi:10.1093/humupd/dml034

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Carolan, M., & Nelson, S. (2007). *First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk*. Health Care for Women International, 28(6), 534-555. doi: 10.1080/07399330701334356
- Caspers, K. M., Romitti, P. A., Lin, S., Olney, R. S., Holmes, L. B., Werler, M. M., & National Birth Defects Prevention Study. (2013). *Maternal Periconceptional Exposure To Cigarette Smoking And Congenital Limb Deficiencies*. Paediatric And Perinatal Epidemiology, 27(6), 509-520. Doi: 10.1111/ppe.12075
- Cetişli, N. E., Ören, E. D. T., & Kaba, F.(2018). *İnfertil Çiftlerde Çift Uyumu Ve Umutsuzluk*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 422-426. Doi: 10.31067/0.2018.81
- Choe J, Archer J.S., Shanks A.L.(2021). *In Vitro Fertilization*. In: Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; Jan-.Pmid: 32965937.
- Covington, S. N., & Burns, L. H. (Eds.). (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University Press.
- Crespo, E., & Bestard, J. (2016). *Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona*. Reproductive biomedicine & society online, 3, 90-99. Doi: 10.1016/j.rbms.2017.04.001
- Çavuşoğlu, İ. (2015). *İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Çetişli N.E, Serçekuş P, Oğuz N.(2014).*Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum Ve Çift Uyumu*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.;6(3):38-47
- Çoşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T.(2004). *İnfertil Çiftlerde Eğitim Ve Danışmanlık Süreci, Hemşirelik Yaklaşımı*. Kızılkaya Beji N, (Eds).İnfertilite Hemşireliği. İstanbul; s. 147-61
- Darwiche,J., Maillard, F., Germond, M., Favez, N., Lancaster, D & Roten,Y et al. (2013). *The Transition Of Care From Fertility Specialists To Obstetricians:*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Maternal Adjustment And Postpartum Depressive Symptoms*. Womens Health (Lond), 9:109-118. Doi : 10.2217/WHE.12.6
- Demirbaş H, Kadioğlu H. (2014). *Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(4):200-206. DOI: 10.5455/musbed.20140902023654
- DiPietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004). *Measuring the ups and downs of pregnancy stress*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25(3-4), 189-201. Doi : 10.1080/01674820400017830
- Duyan, V., Kapısız, S. G., & Yakut, H. İ. (2013). *Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması*. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 10(39), 1609-1614. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jgon/issue/51912/676200> (Erişim tarihi : 05.02.2021)
- Erdemoğlu, Ç., Karakayalı, Ç., & Özşahin, Z. (2018). *Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler*. The Journal of Turkish Family Physician, 9(2), 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234
- Erol, B., Tefekli, A., Ozbey, I., Salman, F., Dincag, N., Kadioglu, A., & Tellaloglu, S. (2002). *Sexual Dysfunction İn Type II Diabetic Females: A Comparative Study*. Journal of Sex & Marital Therapy, 28(sup1), 55-62. Doi: 10.1080/00926230252851195
- Esmeray, N., & Danışman, İ. (2016). *Gebelik Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa
- Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. (2015). *Efficacy Of Psychosocial Interventions For Psychological And Pregnancy Outcomes İn Infertile Women And Men: A Systematic Review And Meta-Analysis*. BMJ Open.28;5(1):e006592. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006592.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Gravena, A. A. F., Sass, A., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (2012). *Outcomes İn Late-Age Pregnancies*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 15-21.
- Gunnarsson Payne, J., Korolczuk, E., & Mezinska, S. (2020). *Surrogacy Relationships: A Critical İnterpretative Review*. *Upsala Journal Of Medical Sciences*, 125(2), 183-191. Doi : 10.1080/03009734.2020.1725935
- Gülpınar, N., Başkaya, S., Yeşilbudak, Z., & Boz, İ. (2019). *İnfertilite Tedavisi Sırasında Kadınların Algıladıkları Bakım Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. *HEAD*, 16(1), 21-26.
- Gürgan, T., Gülerman, C., & Özeyer, Ş. (2017). *Ivf Sikluslarında Kontrollü Ovaryan Stimülasyon*, *TJRMS* 2017;1(1) Doi: 10.24074/tjrms.2016-54253
- HaCohen, N., Amir, D., & Wiseman, H. (2018). *Women's Narratives Of Crisis And Change: Transitioning From İnfertility To Pregnancy*. *Journal Of Health Psychology*, 23(5), 720-730. Doi : 10.1177/1359105316652465
- Hibi, H., Sumitomo, M., Fukunaga, N., Sonohara, M., & Asada, Y. (2018). *Superior Clinical Pregnancy Rates After Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration*. *Reproductive Medicine and Biology*, 17(1), 59-63. Doi : 10.1002/rmb2.12069
- <https://www.oecd.org/health> (Erişim Tarihi :20.05.2021)
- Huang, M. Z., Sun, Y. C., Gau, M. L., Puthussery, S., & Kao, C. H. (2019). *First-Time Mothers' Experiences Of Pregnancy And Birth Following Assisted Reproductive Technology Treatment İn Taiwan*. *Journal Of Health, Population And Nutrition*, 38(1), 1-11. Doi : 10.1002/rmb2.12069
- Hull, R. T. (2019). *Gamete Intrafallopian Transfer (GİFT)*. In *Encyclopedia Of Reproductive Technologies* (Pp. 251-254). Routledge.
- Izzo, C. R., Monteleone, P. A. A., & Serafini, P. C. (2015). *Human Reproduction: Current Status*. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61, 557-559. Doi: 10.1590/1806-9282.61.06.557

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Jewell, D., & Young, G. (2003). *Interventions For Nausea And Vomiting In Early Pregnancy*. Cochrane Database Of Systematic Reviews, (4). Doi: 10.1002/14651858.CD000145
- Kapfhamer, J., & Van Voorhis, B. (2016). *Gestational Surrogacy: A Call For Safer Practice*. Fertility and Sterility, 106(2), 270-271. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.04.028
- Karabulutlu, Ö., & Akdemir, G. (2021). *15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı Ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Verilen Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(4), 520-530.
- Katz, D. J., Teloken, P., & Shoshany, O. (2017). *Male Infertility-The Other Side Of The Equation*. Australian Family Physician, 46(9), 641-646.
- Kavlak, O., Çetinkaya, E., Kazankaya, F., Mısırlı, S., & Aksakal, B. İ. (2021). *İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalan Kadınlarda Prenatal Bağlanma*. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(1), 25-31. Doi: 10.17942/sted.422876
- Kaya, Z., & Şahin, N. (2019). *İnfertil Erkeklerin İnfertilite ve Tedavi Sürecine Yönelik Deneyimleri: Bir Sistemik Derleme*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(4), 328-336. Doi:10.34087/cbusbed.563762
- Keskin, G. (2014). *Doğal Yada Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Keskin, G., & GÜMÜŞ, A. B. (2014). *İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme*. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 5(1). Doi: 10.5505/phd.2014.07269
- Kırca, N., & Pasinlioğlu, T. (2013). *İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(2), 162-178. Doi: 10.5455/cap.20130511

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kıscık, G., & Gölbaşı, Z. (2009). *Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri*. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology, 19(4), 197-205.
- Koç,E & Beji, N. K. (2016). *Başarılı infertilite tedavisi sonrası gebelerin yaşadığı problemler ve danışmanlık*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,6(3), 201-206.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K. (2017). *Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu İle Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Clinical And Experimental Health Sciences, 7(4), 159-165.
- Ladores, S., & Aroian, K. (2015). *The early postpartum experience of previously infertile mothers*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44(3), 370-379. Doi: 10.1111/1552-6909.12576
- Lee, S. H., Wang, S. C., Kuo, C. P., Kuo, P. C., Lee, M. S., & Lee, M. C. (2010). *Grief Responses and Coping Strategies Among Infertile Women After Failed In Vitro Fertilization Treatment*. Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 24(3), 507-513. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). *National, Regional, And Global Trends In Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis Of 277 Health Surveys*. Plos Medicine, 9(12), E1001356.
- Massey, S. H., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., Leve, L. D., Ganiban, J. M., & Reiss, D. (2012). *Maternal Self Concept As A Provider and Cessation Of Substance Use During Pregnancy*. Addictive Behaviors, 37(8), 956-961. Doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.002
- Miles, L. M., Keitel, M., Jackson, M., Harris, A., & Licciardi, F. (2009). *Predictors of distress in women being treated for infertility*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27(3), 238-257. Doi: /10.1080/02646830802350880

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Mutlugüneş E, Mete S. (2013). *Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü Ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1), 8-14.

<https://dergipark.org.tr/en/pub/cumunuj/issue/4318/57781> (Erişim tarihi: 01.01.2021)

National Institute For Health And Care Excellence. Fertility Problems: Assessment and Treatment. London: NICE, 2013. Available At [Www.Nice.Org.Uk/Guidance/Cg156](http://www.nice.org.uk/guidance/cg156) (Erişim Tarihi:06.06.2021)

Ombelet, W., Dhont, N., Thijssen, A., Bosmans, E., & Kruger, T. (2014). *Semen Quality And Prediction Of IUI Success İn Male Subfertility: A Systematic Review*. Reproductive Biomedicine Online, 28(3), 300-309. Doi: 10.1016/j.rbmo.2013.10.023

Ozan, Y. D., & Duman, M. (2018). *İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilité Uyumları İle Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Jinekoloji Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 15(2), 43-46. ISSN: 1304-5512 / 2667-7849

Örüm, M. H., & Kalenderoğlu, A. *İn Vitro Fertilizasyon Tekniği İle Gebe Kalan Postpartum Depresyon Tanılı Hastanın Tedavi Süreci: Bir Olgu Sunumu*. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 3(4), 120-124. Doi: 10.5606/fng.btd.2017.025

Özçetin, Y. S. Ü., & Erkan, M. (2019). *Yüksek Riskli Gebelerde Psikolojik Sağlık, Algılanan Stres Ve Psikososyal Sağlık*. Cukurova Medical Journal, 44(3), 1017-1026. Doi: /10.17826/cumj.502989

Pepe,M., & Ege,E. (2019). *Erken Gebelik Dönemi Bulantı Kusmanın Anksiyete Düzeyine Etkisi*. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 5(1), 22-40.

Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ... & Stronati, M. (2014). *Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development*. Early human develop. Early Human Development. Volume 90,

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Supplement 2, September 2014, Pages S45-S46. Doi: 10.1016/S0378-3782(14)50012-6

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, & Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technology. (2012). *Recommendations for practices utilizing gestational carriers: an ASRM Practice Committee guideline*. Fertility and sterility, 97(6), 1301-1308.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). *Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion*. Fertility and sterility, 103(3), e18-e25.

Ranjbar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Borimnejad, L., Ghaffari, S. R., & Akhondi, M. M. (2015). *Experiences Of Infertile Women Seeking Assisted Pregnancy In Iran: A Qualitative Study*. Journal Of Reproduction & Infertility, 16(4), 221. PMID: 27110521

Rosenwaks, Z., & Pereira, N. (2017). *The Pioneering Of Intracytoplasmic Sperm Injection: Historical Perspectives*. Reproduction, 154(6), F71-F77. Doi: 10.1530/REP-17-0308

Sağlık Bakanlığı; Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete 06.03.2010/Sayı: 27513 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306-10.htm> (Erişim tarihi: 02.03.2021)

Sexton, M. B., Byrd, M. R., O'Donohue, W. T., & Jacobs, N. N. (2010). *Web-Based Treatment For Infertility-Related Psychological Distress*. Archives Of Women's Mental Health, 13(4), 347-358.

Seyhan, A., Ata, B., Polat, M., Son, W. Y., Yarali, H., & Dahan, M. H. (2013). *Severe Early Ovarian Hyperstimulation Syndrome Following GnRh Agonist Trigger With The Addition Of 1500 IU Hcg*. Human Reproduction, 28(9), 2522-2528. Doi: 10.1093/humrep/det124

Seymenler, S., & Siyez, D. M. (2018). *İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10(2), 186-197. Doi: 10.18863/pgy.358095

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sezgin, H., & Hocaoglu, Ç. (2014). *İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2), 165-184. Doi:10.5455/cap.20131001091415
- Smotrich, D. B., Widra, E. A., Gindoff, P. R., Levy, M. J., Hall, J. L., & Stillman, R. J. (1995). *Prognostic Value Of Day 3 Estradiol On In Vitro Fertilization Outcome*. Fertility And Sterility, 64(6), 1136-1140. Doi: 10.1016/S0015-0282(16)57974-6
- Sözer, G. A.(2021). *Bir İnfertilite Tanısından Postpartum Hikayesine*. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 81-89. Doi: 10.51123/jgehes.2021.19
- Stone, J., Eddleman, K., Lynch, L., & Berkowitz, R. L. (2002). *A Single Center Experience With 1000 Consecutive Cases Of Multifetal Pregnancy Reduction*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 187(5), 1163-1167. Doi: 10.1067/mob.2002.126988
- Sullivan-Pyke, C. S., Senapati, S., Mainigi, M. A., & Barnhart, K. T. (2017, October). *In Vitro Fertilization And Adverse Obstetric And Perinatal Outcomes*. In Seminars In Perinatology. (Vol. 41, No. 6, Pp. 345-353).
- Sunderam, S., Kissin, D. M., Crawford, S. B., Folger, S. G., Boulet, S. L., Warner, L., & Barfield, W. D. (2018). *Assisted Reproductive Technology Surveillance- United States, 2015*. MMWR Surveillance Summaries, 67(3), 1. Doi: 10.15585/mmwr.ss6703a1
- Şen, E., Bulut, S., & Şirin, A. (2014). *Primer İnfertil Çiftlerde Eşlerarası Uyumun İncelenmesi*. F.N. Hem. Dergisi. Cilt 22 - Sayı 1: 17-24
- Taşkın L. (2019). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.16. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık; S. 569-575.
- Tendais, I., & Figueiredo, B. (2016). *Parents' Anxiety And Depression Symptoms After Successful Infertility Treatment And Spontaneous Conception: Does Singleton/Twin Pregnancy Matter?*. Human Reproduction, 31(10), 2303-2312. Doi: 10.1093/humrep/dew212

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Topçu, H. O., Evliyaoğlu, Ö., & Şahin, Y. (2017). Temel İnfertilite Araştırmaları Nasıl Olmalıdır?. Derleme. TJRMS, 1, 104-111. Doi: 10.24074/tjrms.2016-54252
- Tunalı, G. (2014). Sperm Kriyoprezervasyon Teknikleri Ve Fertilizasyon Başarısındaki Rolü. Androloji Bülteni Dergisi, 16(57), 123-128.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2018 Raporu [Http://Www.Hips.Hacettepe.Edu.Tr/Tnsa2008/Data/Tnsa-2018 Anarapor-Tr.Pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/Tnsa2008/Data/Tnsa-2018_Anarapor-Tr.Pdf) (Erişim Tarihi:07.07.2021).
- Uzunlar, Ö. (2019). İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Her Yönüyle İn Vitro Fertilizasyon, 11. Deren Yayıncılık.
- Vander Borght, M., & Wyns, C. (2018). Fertility And Infertility: Definition And Epidemiology. Clinical Biochemistry, 62, 2-10.Jan;37(1):89-100. Doi: 10.1007/S10815-019-01622-7.
- Veltman-Verhulst, S. M., Hughes, E., Ayeleke, R. O., & Cohlen, B. J. (2016). Intra-Uterine Insemination For Unexplained Subfertility. Cochrane Database Of Systematic Reviews, (2). Doi: 10.1002/14651858.CD001838.pub6
- Von Wolff, M. (2019)., The role of Natural Cycle IVF in assisted reproduction. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism Volume 33, Issue 1, February 2019, Pages 35-4533 (1), 35-45. Doi: 10.1016/j.beem.2018.10.005
- World Health Organization.(2010).Mother Or Nothing: The Agony Of Infertility. 2010. [Https://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Infertility/Bulletin_88_12/En/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/Bulletin_88_12/En/) (Erişim Tarihi: 04.04.2021).
- Xu, H., Zhang, M., Zhang, H., Alpadi, K., Wang, L., Li, R., & Qiao, J. (2021). Clinical Applications Of Serum Anti-Müllerian Hormone Measurements İn Both Males And Females: An Update. The Innovation, 2(1), 100091.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yavuz, A., Demirci,O., Sözen, H., Uludoğan, M.(2013). *Predictive Factors Influencing Pregnancy Rates After Intrauterine Insemination*. Iran J Reprod Med.;11(3):227-34. Pmid: 24639750; Pmcid: Pmc3943223.

Yıldız, H. (2011). *Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1),63-74.ment, 90, S45-S46.

Zhou, Z., Zheng, D., Wu, H., Li, R., Xu, S., Kang, Y., ... & Qiao, J. (2018). *Epidemiology Of Infertility In China: A Population-Based Study*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 125(4), 432-441. Doi: 10.1111/1471-0528.14966