

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRK TOPLUMUNUN YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİNE
BAKIŞI**

Fatma Selcan AKTÜRK

**KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**

Tez No:

2006-AFYON

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRK TOPLUMUNUN YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİNE
BAKIŞI**

Fatma Selcan AKTÜRK

**KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**

Tez No:

2006-AFYON

ÖNSÖZ

Eğitimim ve araştırmam için bana maddi manevi sonuna kadar destek veren Antalya Tüp Bebek Merkezi hekimlerinden Sayın Dr.Mete İŞİKOĞLU'na, Sayın Dr.Kemal ÖZGÜR'e, çalışanlarına ve beni yüreklendiren sevgili dostum Zeliha ŞENTÜRK'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Tezimin istatistiki analizinde bana destek veren Doç.Dr.Muhip ÖZKAN'a, Yrd.Doç.Dr.Yeşim ŞENOL YİĞİTER'e ve Araş.Gör.Özgür KOSKAN'a minnetlerimi sunarım.

Tez çalışmamda ve hayatımın her döneminde beni yalnız bırakmayan sevgili annem Zeynep AKTÜRK'e, sevgili babam Nazif AKTÜRK'e ve bana sevgi dolu bir aile veren tanrıma çok teşekkür ederim.

Okulumun başlangıcından tez savunmama kadar benim yanımda olan, beni yönlendiren ve bilgi birikimini aktaran değerli hocam Doç.Dr.Mehmet YILMAZER'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Saha çalışmam esnasında bana destek veren tıp fakültesi öğrencilerine ve anket sorularını içtenlikle cevaplayan katılımcılara çok teşekkür ederim.

Ekim 2006

Fatma Selcan AKTÜRK

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	V
Şekiller	VII
Çizelgeler	VIII
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Araştırmanın Amacı	9
1.2. Araştırmanın Önemi	10
1.3. Tanımlar	11
1.4. Sınırlamalar	12
1.5. Genel Bilgiler	12
1.5.1. Üreme Süreci ve İnfertilite	12
1.5.2. İnfertilite İnsidansı	12
1.5.3. İnfertilitenin Nedenleri	13
1.6.1. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi	18
1.6.2. YÜT ve Hemşirelik Girişimleri	21
1.6.2.1. Ovulasyon İndüksiyonu (İlaç Tedavisi) Ve Hemşirenin Rolü	21
1.6.2.2. Cerrahi Tedavi	22
1.6.2.3. YÜT	23
1.6.2.4. İnfertilitenin Psikososyal Açından Değerlendirilmesi	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM	30
2.1. Araştırmanın Tipi	30
2.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	30
2.3. Araştırmanın Evreni	30
2.4. Araştırmanın Örnekleme	30
2.5. Veri Toplama Tekniği	30
2.5.1. Veri Toplama Araçları	31

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	31
3. BULGULAR	32
3.1. Ankete Katılan Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bulgular	32
4. TARTIŞMA	64
4.1.1. Çalışmaya Katılan Katılımcılara Ait Tanıtıcı Bulguların İncelenmesi	64
5. SONUÇ	77
6. KAYNAKLAR	80
7. EKLER	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

LH	: Luteinizing Hormon
FSH	: Follikül Stimüle Edici Hormon
TSH	: Troid Stimüle Edici Hormon
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
hCG	: Human Koryonik Gonadotropin
HMG	: Human Menopozal Gonadotropin
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
IUI	: İntra Uterin İnseminasyon
GIFT	: Gamet İntra Fallopian Transfer
ZIFT	: Zigot İntra Fallopian Transfer
IVF	: İn Vitro Fertilizasyon
ET	: Embriyo Transferi
TET	: Tubal Embriyo Transferi
ICSI	: İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu
MESA	: Mikrosurgical Epididimal Sperm Aspirasyonu
TESA	: Testiküler Sperm Aspirasyonu
KOH	: Kontrollü Ovarian Hipersitümlasyon
OPU	: Oosit Pick Up-Yumurta Toplanması
OHSS	: Ovarian Hipersitümlasyon Sendromu

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcıların genel özelliklerine göre yüzdeler dağılımı.....	37
Tablo 4.2. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yüzdeler dağılımı.....	38
Tablo 4.3. Katılımcıların kendilerini dindar tanımlamalarına göre yüzdeler dağılımı.....	39
Tablo 4.4. Katılımcıların tüp bebeğin anlamını bilmelerine göre yüzdeler dağılımı.....	40
Tablo 4.5. Katılımcıların yakın çevrelerinde tüp bebek tedavisi görenleri bilmelerine göre yüzdeler dağılımı.....	41
Tablo 4.6. Katılımcıların infertilite sorunu yaşamalarına göre yüzdeler dağılımı.....	42
Tablo 4.7. Katılımcıların tüp bebek tedavisi görmelerine göre yüzdeler dağılımı	
Tablo 4.8. Katılımcıların infertil olmaları durumunda tüp bebek tedavisini kabul etmelerine göre yüzdeler dağılımı	
Tablo 4.9. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmaları halinde bunu yakınları ile paylaşmalarına göre dağılımı	
Tablo 4.10. Katılımcıların tüp bebek tedavisine ihtiyaç duydukları takdirde dininiz tedaviye izin vermesine bakışlarına göre yüzdeler dağılımı	
Tablo 4.11. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmak yerine evlat edinmeye bakışlarına göre yüzdeler dağılımı	
Tablo 4.12. Katılımcıların infertilitenin kadına ait bir sorun olduğunu düşünmelerine göre dağılımları	
Tablo 4.13. Katılımcıların infertilitenin evlilik üzerine etkisinin olduğunu düşünmelerine göre yüzdeler dağılımı	
Tablo 4.14. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile doğan bebek ile doğal yolla doğan bebek arasında fark görmelerine göre yüzdeler dağılımları	

Tablo 4.15. Katılımcıların kendilerine sunulan önermelere bakışlarına göre yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.16. Katılımcıların tüp bebek tedavi yöntemlerinden freezing, donasyon ve redüksiyona bakışlarına göre yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.17. Katılımcıların yasadıkları mahalleye göre genel özelliklerinin yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.18. Katılımcıların yasadıkları mahalleye göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.19. Katılımcıların yasadıkları mahalleye göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.20. Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.21. Katılımcıların cinsiyetlerine göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.23. Katılımcıların inanışlarına göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

Tablo 4.24. Katılımcıların inanışlarına göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelerik dağılımları

ÖZET

Bu çalışma, Yardımcı Üreme Teknolojisi (YÜT) ne Türk toplumunun bakışını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, Antalya'da Nisan 2005 tarihinde yapılmış, tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma evreni 18 yaş üzeri bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya sosyoekonomik olarak farklı iki mahalleden küme örnekleme yöntemi ile toplam 400 kişi seçilmiştir. Her kümede 20 kişi olmak üzere 20 küme çalışmaya dahil edilmiştir. Kümelerin başlangıç noktalarını belirlemek için ev halkı tespit fişlerinden yararlanılmıştır. Veriler, tıp fakültesi öğrencileri yardımıyla, örnekleme çıkan 400 kişiye ankette bulunan soruların yüz yüze uygulanması ile toplanmıştır.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; çalışmaya katılan kişilerin özelliklerini belirlemek için hazırlanmıştır. İkinci bölüm; kişilerin tüp bebek ile ilgili bilgileri ve görüşlerini belirlerken, üçüncü bölüm; bazı görüşlere katılıp katılmadıklarını belirleyen sorular içermektedir. Dördüncü bölümde ise tüp bebek tedavisi ile bağlantılı diğer yöntemlerle ilgili görüşleri belirlemek amaçlı sorular bulunmaktadır.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 37,50'dır. Bunların %20,80'i bekar, %71,1'i evli ve %8,1'i boşanmıştır. Çocuk sahibi olan %64,07 iken çocuk sahibi olmayanlar %35,93 idi. Katılımcılardan tüp bebeğin ne anlama geldiğini bilenler %61,20, bilmeyenler %6,80 ve çok emin olmayanlar ise %32'sini oluşturuyordu. Katılımcıların %4,5'i infertilite sorunu yaşamaktaydı. Grup içinde infertilite sorunun olsaydı tüp bebek tedavisini kabul ederdim diyenler %83,38, dinimiz bu tedaviye izin verir diyenler %83'ü oluşturuyordu. Tüp bebek ile çocuk sahibi olmaktansa evlat edinirim diyenler %22,3, çocuk sahibi olamamam evliliğimi etkiler diyenler %52,5'ti. Tüp bebek tedavisi, tedaviyi yaptıran eşler ve doktor arasında gizli kalmalıdır sorusuna katılıyorum diyenler %44,10 ve çocuk, tüp bebek tedavisi ile doğduğunu asla bilmemelidir diyenler %60,30 luk kısmını oluşturuyordu. Bunun yanı sıra tüp bebekle bağlantılı diğer yöntemlerle ilgili düşünceleri ise; dondurulmuş embriyo transferine olumlu bakan %59,8, yumurta bağışına olumlu bakanlar %32,2

iken, sperm bağışına olumlu bakanlar %20,5'ti. Tüp bebek sonrası oluşan çoğul gebeliklerin redüksiyon yapılarak teke indirgenmesine olumlu bakanlar %75,8'ini oluşturmaktaydı.

Çalışma grubundaki kişiler tüp bebek tedavisini bilmekte ve bunun dini yönden kabul edilebilir olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca çocuk sahibi olamamak evlilik kurumunu etkileyen önemli bir sorundur.

Anahtar Sözcükler: Anket çalışması, infertilite, toplumun bakışı, ivf, yardımcı üreme teknikleri.

SUMMARY

Regard to In Vitro Fertilization Treatment in Turkish Society

The purpose of this study was to investigate the Turkish people's regard to In Vitro Fertilization (IVF) treatment. Performed by Akdeniz University public health students, this survey was conducted in two different socioeconomic status quarters in Antalya, Turkey during April 2005.

18 years and older were surveyed. A total of four hundred persons were enrolled in this survey. Questionnaires were answered completely.

The mean age was 37.5 years. Among all the participants 61,20 % had information about IVF while 6.80 % regard IVF treatment as something unknown. By asking about infertility and IVF treatment among their relatives and acquaintances, 16 % had heard IVF treatment. Among the survey respondents 4.50 % have fertility problems. If the participant's situation is thought to warrant IVF treatment only 83,38 % accepted. Instead of IVF treatment 22.30 % advocate adoption option. The negative effect of childlessness on couples' marriage was thought to be 52,50 %. 44,10 % believes that IVF should be kept secret between couples and doctor and 27,80 % suggested that children born through IVF might not be told the fact. All participants were asked about their attitudes to embryo freezing and oocyte and sperm donation. 59,80 % had positive outlook for embryo freezing and 32,20 % accepted oocyte donation while sperm donation was only accepted in 20,50 %. Additionally, reduction of multiple pregnancies was accepted in 75,80 % percent.

Turkish people accept IVF treatment, they have enough information about it. When experienced IVF treatment most couples could accept it easily. Although religious people may not accept the oocyte and sperm donation, many share the view. Parenting, is an optional condition and childlessness can affect couples' relationship.

Key Words: Assisted reproduction technology, infertility, public opinion, questionnaire, survey.

I. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde; erişkin yaşa ulaşmış olan bütün kadınlar ve erkeklerin; ırk, milliyet ya da din ayrımı yapılmaksızın evlenmek, bir aile kurmak hakkına sahip oldukları belirtilmektedir. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nde de "üreme hakları, cinsel haklar ve özgürlükleri, bireyleri olduğu kadar çiftleri de ilgilendiren haklar ve özgürlükler" olarak gösterilmektedir. Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesi'nden yola çıkarak hazırlanan bildirge cinsellik ve üreme ile ilgili hakların temel insan hakları arasında meşru bir yeri olduğunu göstermektedir (1).

İnsan neslinin devamının sağlanmasında ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde aile büyük önem taşır. Üreme ve doğurganlık işlevleri birey ve aileye özgü evrensel bir işlevdir. Özellikle geleneksel toplumlarda kadının aile ve toplum içindeki rolü doğurganlık ve çocuk bakımı ile bağlantılı olarak ele alınmıştır. Kadın üreme organları doğumla birlikte bireye kadınlık rolü kazandırır ve kız çocuğu geleceğe bu rol ile hazırlanır. Üreme organları sağlıklı oldukları sürece kadının yaşantısına anlam verirken, aksi bir durum söz konusu olduğunda kadının; sosyal, psikolojik dengesini tehdit eder ve bozar (2).

Aile kurma, çocuk sahibi olma bütün toplumlarda kabul gören arzu edilen bir durumdur. Toplumun gelişmesi ve nesillerin devamı buna bağlıdır (3).

Aile ve çocuk sahibi olmak, bireyin birincil ve sosyal görevidir. İnfertil kadın bunu kabul etmiş olmakla birlikte, çocuk sahibi olmamakla davranış normlarını ihlal etmiş olur. Bütün dünya toplumlarında olduğu gibi, Türk toplumunda da evlilik, çocuk sahibi olmayı beraberinde getirir ve çocuğun olmadığı evliliklerde sorunlar ortaya çıkar. Evlilikten sonra çocuksuz aile düşünülemez ve çiftlerden hemen çocuk yapmaları beklenir (4).

İstedikleri halde çocuk sahibi olamayan infertil çiftler için durum oldukça zordur. Çünkü infertilite tanı tedavisi ile yorucu, yıpratıcı, zaman, emek ve paraya

mal olan bir süreçtir. Ayrıca infertilite kadınların kendilerini daha az değerli ve yeterli görmelerine neden olabilmektedir (5).

İnfertil çiftlerde biyolojik, psikolojik, psikososyal ve kültürel olarak önemli sorunlar yaratan infertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç-dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebelik oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumudur (6-9).

İnfertilite çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay, çiftlerin ilişkisini yıpratıcı bir durumdur. Her iki eş için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizidir (4, 10).

Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerinin olduğu belirtilmektedir. Bu tepkiler incelendiğinde; şok, intihar, suçluluk, anksiyete, depresyon, yas, yalnızlık, sosyal baskı hissetme, üreme fonksiyonlarının eksikliği ve çocuk ile ilgili geleceğe ilişkin hayallerin kaybına bağlı kayıp duygusu benlik saygısında azalma gibi tepkiler olduğu görülmektedir (11-13).

Yapılan araştırmalara göre infertilitenin eşlerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını etkilediği bu etkilerin kadınlarda erkeklere oranla daha yoğun olduğu ortaya konmuştur (5, 14).

Yapılan araştırmalar sonucu infertil çiftler, infertilite ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları, çevreden gördükleri sosyal baskı ve kadının kendini bir kadın olarak yetersiz görmesi nedeniyle stres yaşamaktadırlar (4).

İnfertil kadınlarda çocuk sahibi olamama ve buna bağlı olarak yapılan tetkik ve tedavilerin kadınlarda anksiyeteye ve davranış bozukluklarına yol açtığı söylenmektedir. Toplumun olumsuz tutumu da aileler üzerinde manevi baskı oluşturmaktadır (15).

1.2. Araştırmanın Amacı

Toplumun çekirdeğini oluşturan ailenin en büyük arzusu, soyunu ve ailesinin devamını sağlayacak bir yavruya sahip olmaktır. Hayvanlar aleminde cinsin devamı için içgüdüsel olarak ortaya çıkan bu arzu, insanlarda sevgi ve şefkat duygularıyla

perçinlenerek kuvvetlenir. Ancak doğanın kuralları gereği her arzu gerçekleşmemektedir. Yapılan araştırmalara göre evli çiftlerin %15'i istemelerine rağmen çocuk sahibi olamamaktadırlar (16).

Tarih boyunca insanlar, bir yavru sahibi olma arzusunu yerine getirebilmek için herbal ve dinsel ilaçlara başvurmuş ancak başarılı olamamışlardır.

Teknolojinin gelişmesiyle üreme teknolojilerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Yeni tedavi yöntemlerinin kullanımı her geçen gün artış göstermektedir. Bu tekniklerin kullanımına toplumun dini yaşantısı, kültürü ve sosyal yapısı etki etmektedir. Bu çalışmadaki amacımız; Türk toplumunun yardımcı üreme tekniklerine bakışını değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

İnfertil çiftler için yeni bir umut kapısı yardımcı üreme teknikleri (YÜT) yani tüp bebektir. YÜT overden oosit alımını takiben uygulanan işlemlere verilen isimdir. İn vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF-ET), dünya çapında son derece yaygınlaşmış ve daha önceleri ümitsiz gözüyle bakılan pek çok çift için çocuk sahibi olma imkanı doğmuştur. Önceleri yalnızca tubal faktöre bağlı infertilite olgularında kullanılan IVF-ET kısa sürede klasik tedavilere dirençli tüm infertilite olgularında yaygın uygulama alanı bulmuştur (8).

Türkiye'de, Ankara'daki merkezlerde tek bir denemeden sonra, tüp bebek yöntemi ile gebe kalma şansı ortalama %35, eve çocuk götürme ise %20 oranındadır (20).

YÜT katılan çiftlerin stres düzeyi yöntemin başarısını da etkilemektedir. Swaffield tarafından yapılan bir araştırmaya göre çiftler stres nedeniyle, programdan ayrılma, ovulasyonda problem yaşama, ani düşük tehidi ile karşılaşma gibi problemler yaşadıklarını ifade etmektedirler (21).

Bu sonuçlar da çiftlerin bu süreci daha sağlıklı geçirmeleri için etkin bir sağlık hizmeti verilmesinin gereğini ortaya koymaktadır. İnfertilite hemşireliği; poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan çiftlerin psikolojik ve sosyal

durumunu ön planda tutan her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren bir süreçtir (22).

İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olabilmelerine yönelik benimsenen yeni ve bütünsel yaklaşım hemşirelerin sağlık ekibi içerisinde etkinliğini artırmıştır. Bu ekip içinde hemşire; değişen ve gelişen rolünün bir gereği olarak yerini planlayıcı, eğitmen, danışman ve araştırmacı olarak almıştır. Hemşireler çiftlerle iletişim kurarak onların yaşadıkları sorunları belirlemek ve bu süreci daha sağlıklı geçirmelerine yönelik etkin bir danışmanlık hizmeti vermekle sorumludur. Böylece çiftlerin bu süreci anksiyeteden uzak, daha uyumlu geçirmeleri sağlanarak yöntemin başarı şansının ve çiftlerin yaşam kalitelerinin artacağı birçok araştırmacı tarafından vurgulanmaktadır (3, 21).

Toplumun tüp bebek tedavisine bakışının olumsuz olması infertil çiftler üzerinde psikososyal baskı oluşturmakta olup, bu da çiftlerde yoğun stres yaratmaktadır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Süreci ve İnfertilite:

Üreme sürecinin başarı ile tamamlanabilmesi için kadın ve erkek fizyolojisinin olgunlaşması ve üreme için gerekli koşullara sahip olması gerekir. Öncelikle kadında hipotalamus- hipofizer- overian aksis, fallop tüpleri fonksiyonları, servikal ve endometrial koşullar; erkekte hipotalamus-hipofizer-testikular aksis, sperm üretimi ve hareketliliğinin normal olması gerekmektedir (31, 32).

2.2. İnfertilite İnsidansı

İnfertilite üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %15'ini ilgilendiren, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur (33).

Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40–49 yaş grubundaki çocuksuz kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2), ve Suriye (%2,9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite hızları izlenmektedir. Örneğin Zaire'de Mbalo'da 45–49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur (34).

Amerika'da sağlık bakımının uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu, yani her 6 çiftten birini ya da 4,8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler (13).

Ülkemizde 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre 15–49 yaş arası evli kadın oranı %23 olup, bu da 31,3 milyon kadın olarak hesaplanmaktadır. İnfertilite insidansı da %8,5 olarak kabul edildiğinde 1,5 milyon kadın ve dolayısıyla çiftte karşılık gelip en az 3 milyon kadar insanımızı direkt etkilemektedir. Bu da çocuk özlemi olan büyük bir nüfus demektir. 1993 nüfus sayımı sonuçlarına göre ise hiç doğum yapmayı doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9,5 olarak saptanmaktadır (13).

2.3. İnfertilite Nedenleri

Klinik olarak infertilite, fizyolojik ve patolojik infertilite olmak üzere iki şekilde görülmektedir.

İnfertil çiftlerin; %40-55'inde infertilite nedeni kadında, %25-40 erkekte, %10 her ikisinde, %10'unda ise neden açıklanamamaktadır. Kadına bağlı infertilite nedenleri; %30-40 ovulatuvar disfonksiyon, %30-40 tuba peritoneal faktör, %10-15 nedeni açıklanamayan infertilite, %10-15'i ise birden çok faktörün bir arada olduğu bildirilmiştir (27, 35).

Evli çiftlerin %15'inde infertilite varken, ancak %1-2'sinde sterilitte saptanmıştır. Burada kadına ait nedenlerin belirgin bir yüksekliği söz konusudur. Çünkü ejakülasyondan sonra döllenme için erkeğin fonksiyonu bitmektedir. Oysa döllenme burada bitmeyip daha yeni başlamaktadır (13).

Fizyolojik infertilite nedenleri; infantil infertilite, gebelik infertilitesi, laktasyon infertilitesi, postmenapozal infertilite, siklik infertilite, volenter infertilite, rölatif ve sosyal infertilitedir.

a) Infantil İnfertilite: Genellikle 12-15 yaşlarında üreme fonksiyonu olmadığından, bu dönemde görülen infertilitedir.

b) Gebelik İnfertilitesi: Gebe olan kadın gebeliği sırasında ikinci defa gebe kalamaz.

c) Laktasyon İnfertilitesi: Bazı kadınlar emzirdiği sürece gebe kalmayabilir.

d) Postmenapozal İnfertilite: Overial fonksiyonların bitimi ile üreme durmaktadır.

e) Siklik İnfertilite: 28-30 günlük normal siklusta, ovulasyon 14'üncü gün veya 15'inci günlerde olmaktadır. Ovulasyonu izleyen 8 saatten sonra her saatte fekandasyon şansı azalacak ve 24 saat içinde de ortadan kalkacaktır. Siklusun 10-17'inci günleri dışında kadın, fizyolojik olarak infertil durumdadır.

f) Volenter İnfertilite: Çiftlerin kendi arzusu ile çocuk sahibi olamama istekleri sonucu olan infertilitedir.

g) Rölatif ve Sosyal İnfertilite: Evli çiftlerin, evlendikten sonra hastalık, askerlik, tahsil, iş durumu vb durumlarda evlilik düzenli ve sağlıklı olmamaktadır. Bu koşullarda meydana gelen infertiliteye rölatif ve sosyal infertilite denir (7, 20, 30).

Fizyolojik infertilite dışında kalan tüm infertiliter patolojik infertilitedir. Patolojik infertilite nedenlerini üç büyük grup altında toplamak mümkündür.

A) Genel Nedenler: Bilgisizlik, cinsel uyumsuzluk, aşırı şişmanlık, ilaç bağımlılığı, hipovitaminozlar, protein eksikliği, demir eksikliği anemisi, stres, aşırı alkol, kahve ve sigara alımı, radyasyon ve ağır metal zehirlenmeleri infertiliteyi etkiler (7, 27).

B) Ekstragenital Nedenler

1) Hipofizer: Hipofiz fonksiyonlarının artması ya da azalması sekonder over yetmezliğine neden olur. Hipopituitarizm, kanamaya bağlı dolaşım kollapsı ve hipofiz nekrozu (Shehan Sendromu), granülomlar, kistler, tümörler, galaktore-amenore sendromları, açlık ve anemi sonucu olabilirler (7, 27, 30).

2) Tiroid: Hipotiroidizm; anovulasyon, infertilite ve abortusla sonuçlanır. Hipertiroidizm; amenore yapacak derecede şiddetli olursa infertiliteye neden olur.

3) Adrenal: Adrenokortikal hiperfonksiyon (Cushing Hastalığı) ovulasyon zayıflatır. Adrenal yetersizlik (Addison Hastalığı), gonodal atrofiye neden olur.

C) Genital Nedenler

Kadına Ait Genital Nedenler

Organlara Göre Nedenler (7, 13, 30)

- 1) Vulva ve Vajene Ait Nedenler
- 2) Servikse Ait Nedenler
- 3) Uterusa Ait Nedenler
- 4) Tuba Uterinalara Ait Nedenler
- 5) Over Hipotalamus ve Hipofize Ait Nedenler
- 6) Metabolik Hastalıklar ve Diğer Nedenler
- 7) Psikik Nedenler

Erkeğe Ait Genital Nedenler: Erkek infertiliteye neden olan faktörler kadınlar göre daha azdır. Erkek infertilite faktörleri; anormal spermatogenez, anormal motilite, anatomik bozukluklar, endokrin bozukluklar ve seksüel disfonksiyonları

içerir. Anatomik anormallikler muhtemelen konjenital vas deferens yokluğu, vas deferensin obstrüksiyonu ve ejakülatuar sistemin anormalliklerinden kaynaklanır.

Anormal spermatogenez, kabakulak orşiti, kromozomal anormallikler, kriptorşidizm, kimyasal ya da radyasyona maruz kalma ve varikosel nedeniyle gelişebilir (27).

Aşırı ısıya maruz kalma, şiddetli alerjik reaksiyon, radyasyona ve çevresel toksinlere maruz kalma, yüksek miktarda uyuşturucu, alkol ve ilaç kullanımı sperm kalite ve sayısını önemli oranda etkiler (40).

Bazı infertiliteelerde immun mekanizma rol oynayabilmektedir. İnfertil çiftlerin %72'sinde erkeklerde, %13'ünde kadınlarda antisperm antikorları bulunmuştur. Spermilere karşı gelişen tüm antikorların, aglütinasyona, immobilizasyona veya opzonizasyona sebep olarak kadın genital yollarında sperm motilitelerini azaltarak, spermin servikal mukus penetrasyonunu engelleyerek infertilitede rolü olabileceği ileri sürülmektedir (13, 37).

2.4. İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin tetkik ve tedavileri birlikte yapılmalıdır. İnfertil çiftlerin başvurusunda anamnez, genel muayene ve laboratuvar araştırmaları ve genital muayenelerin sonrasında 5 kardinal tetkik yapılır. Bu tetkikler menstrual siklusun belli günlerinde uygulanırlar ve birbirlerine göre hiçbirisinin diğerlerine önceliği yoktur (19, 30, 33, 41).

- 1) Spermogram
- 2) Ovulasyon tespiti
- 3) Histerosalpingografi
- 4) Postkoital test
- 5) Laporoskopi

A) Anamnez: Çiftler birlikte değerlendirilip iyi bir anamnez alınmalıdır. Anamnez çok önemlidir. İyi bir anamnezle yaklaşık %50 oranında tanıya gidilir. Bazen %100 tanıya gidildiği olur ve tetkiklerle tanı doğrulanır.

Anamnezde alınması gerekli bilgiler;

- Yaş ve evlilik süresi (35 yaş üzerinde overyal rezerv azalacağından prognoz iyi değildir)
- İnfertilite süresi
- Daha önceden gebelik, düşük varsa sayısı, herhangi bir gebelik komplikasyonu, menstrual öykü (menarş yaşı, menstruasyon süresi, sıklığı, düzeni gibi)
- Önceki infertilite test ve tedavileri
- Özgeçmişte akciğer, kalp, böbrek gibi hastalık olup olmadığı (Çocuklukta geçirilen ateşli bir hastalık, sistemik, ürogenital bir hastalık olup olmadığı)
- Cinsel öykü (sıklığı, zamanı, vajinismus, dispareni)
- Mesleki ve çevresel yaşam, kimyasal ya da radyasyon içeren maddeler, hobiler, iş alışkanlıkları (4, 25, 33).

B) Genel Muayene: İnfertil kadın genitoüriner ve pelvik muayene ile, konjenital anomali, anormal uterus pozisyonu, pelvik patoloji (endometriozis, over kisti ve myom gibi) ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir. Seksüel kılınmanın durumu veya hirsutismus olup olmadığının üzerinde durulmalıdır. Ayrıca göğüslerin gelişme durumu ve galaktorenin varlığı araştırılmalıdır (13, 24).

İnfertil bir erkek de uzman bir androlog ve ürolog tarafından muayene edilmelidir. Testislerin durumu, epididim ve duktus deferenslerin muayenesi yapılmalı ve varikozel olup olmadığı belirlenmelidir (24, 29, 30).

C) Özel Tetkikler: Erkeklerde semen analizi, ultrasonografi, endokrin testler, testiküler biyopsi, sperm penetrasyon tetkiklerini içerir. Kadında ovulasyon gününün belirlenmesi, postkoital testler, ultrasonografi, endometrial biyopsi, histerosalpingografi, histereskopi, laparoskopi ve endokrin testleri içerir (33).

Erkeğe Yönelik Testler

- Spermiogram
- Endokrin Testler
- Ultrasonografi
- Testiküler Biyopsi
- Sperm Penetrasyon Testi

Kadına Yönelik Testler

- Ovulasyon Tespiti
- Bazal Vücut Isısı
- Serum Progesteron Ölçümleri
- Endometrial Biyopsi
- Servikal Mukusun İncelenmesi
- Ultrasonografi
- Histerosalpingografi
- Laporoskopi

2.5. YÜT ve Hemşirelik Girişimleri

2.5.1. Ovulasyon İndüksiyonu (İlaç Tedavisi) ve Hemşirenin Rolü:

Hormon ve diğer ilaçlar erkek ve kadın her ikisine de verilebilir. İlaç tedavisi semen kalitesini yükseltmek, ovulasyonu indüklemek, uterin endometriumu hazırlamak veya oluşmuş gebeliği desteklemek için verilir (44).

İndüksiyon yapılacak olgularda infertilitenin tüm kardinal tetkikleri yapılmalı; olgunun hemen durumu iyice belirlenmeli ve etkili indüktör seçilmelidir. Ovulasyon indüksiyonu yapılacak hastalarda karaciğer rahatsızlığı olmamalıdır. Ayrıca uzun bir anovulasyon öyküsü olan kadınlarda endometrial biyopsi yapılmalıdır (3, 14).

Klomifen sitrat ve gonodotropinler olmak üzere iki indüktör vardır. Olguların hormonal durumlarına göre bu indüktörlerden seçilir (14).

İndüksiyon yapılmadan önce yapılacak şeyler hastalara açıklanmalıdır. Olabilecek komplikasyonlar (vazomotor sıcak basmaları %10; abdominal distansiyon, geğirme, ağrı, acıma %5.5; memelerde rahatsızlık hissi %2; bulantı-kusma %2.2; ciltte kuruluk %6.3; baş ağrısı %1.3 ve diğerleri) ya da başarısızlık önceden gerçeğe yakın bir şekilde belirtilmelidir (27, 33).

Çiftlere her indüksiyonun çoğul gebelikleri ve düşükleri artırdığı anlatılmalıdır. Ayrıca hipersitümlasyon olabileceği de söylenmelidir.

Hemşirenin rolü tedavi protokolünü koordine etmektir. Hemşireler folliküler büyüme için hem ultrasound hem de hormon testleri için kan alarak gözlemek için gerekli randevuları düzenler. İlaçların uygulanması konusunda çifte yardımcı olur (4).

2.5.2. Cerrahi Tedavi

Erkeklerde varikoselin tedavisi işlemi, erkek ya da kadında minimal invaziv yol ile obstrüksiyonların düzeltilmesi, myomektomi, histereskopi veya açık laparotomi ile, bazı anomalilerde metroplasti, intrauterin sineşi, septum veya poliplerin histereskopi ile giderilmesidir. Ayrıca tıbbi tedavi ile düzeltilmeyen endometriozis durumlarında ve aşırı derecede retrofleksiyon de opere edilir (1, 4, 13).

Pelvik enflamatuvar hastalığın neden olduğu tubal veya pelvik nedenler mikrocerrahi tekniklerle veya pelvik yapışıkların açılması için laparotomi yapılarak düzeltilebilir (24).

Koital faktörün düzeltilmesi; Psikoterapi, cinsel terapi, eşinin spermiyle suni inseminasyon uygulanır (1).

2.5.3. Yardımcı Üreme Teknolojisi (YÜT)

YÜT genel bir kavram olmakla birlikte birçok yöntemi içerir. YÜT overden oosit alınımı takiben uygulanan işlemlere verilen isimdir (9, 45, 46).

1.İntrauterin İnseminasyon (Artifisiyal İnseminasyon, IUI): Koitus olmadan spermatozoaların genital traktusa konulmasına inseminasyon denir. Servikse konulursa, servikal inseminasyon; uterus kavitesine konulursa, intrauterin inseminasyon; peritoneal kaviteye konulursa peritoneal inseminasyon denir. Kadının eşinden alınan spermlerle yapılan inseminasyona homolog inseminasyon (HI), başka bir erkekten alınan spermler ile yapılan inseminasyona ise donör inseminasyon (DI) denir. Ülkemizde yasalara göre DI yoktur. IUI'de başarı oranı % 10-25'dir (33, 47).

2.İnvitro Fertilizasyon Ve Embryo Transferi (IVF-ET): Laporoskopi veya transservikal ultrasound yardımı ile yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşan oosit, overlerden aspire edilir. Erkekten alınan spermatozoidlerle birlikte laboratuarda doku kültürüne konur. Fertilizasyon gerçekleştikten sonra ovum marula safhasında (4–16 hücre evresi) embryo uterus içerisine yerleştirilir (1, 13, 26, 29, 33).

Transfer için en uygun dönem inseminasyondan sonraki 48–78. saatler arasındır (2).

3.Gamet İntra Fallopian Transfer (GIFT): GIFT yönteminde temel prensip, kontrollü hipersitümlasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır. GIFT uygulanabilmesi için, geçirgenliği histerosalpingografi ile saptanmış en az bir tubanın açık olması gerekli ve yeterlidir. GIFT’de başarı oranı %20-30’dur (3, 33, 47, 48).

GIFT’in IVF yöntemine göre avantajı, yöntemin laporoskopi altında uygulanması nedeni ile iki günlük laboratuvar inkübasyon süresi ve embriyonun uterin kavite içerisine yerleştirilmesi aşamalarının elimine edilmiş olmasıdır. Yöntemin dezavantajı ise, bireyin anestezi alması ve laboratuvar ekibinin yöntemin uygulanması sırasında hızlı çalışmak zorunda kalmalarıdır (13, 47).

4. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT): Oosit ve sperm in vitro olarak döllendikten sonra zigotun laporoskopi yoluyla tuba ampullasına verilmesidir (33).

5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (Mikroenjeksiyon, ICSI): Bir spermin mikro pipet yardımıyla, oosit sitoplazmasına yerleştirilmesidir. ICSI yalnızca sperm sayısı çok düşük olan olgularda değil ayrıca zona pellucida ve vitellin membran seviyesindeki gamet etkileşimi bozukluklarında da kullanılabilir. Ayrıca kalitatif, fonksiyonel sperm bozukluklarında ve idiopatik infertilite olgularda da ICSI başarılı olarak kullanılmaktadır (13, 33, 49).

2.5.4. İnfertilitenin Psikososyal Açıdan Değerlendirilmesi

İnfertilitede Yaşanan Emosyonel Evreler

Şok: Dünyanın neresinde olursa olsun bireyler, önceden infertil olabileceklerini düşünmedikleri için infertilite tanısı almak yaşamlarını tehdit eden bir kriz yaratır. İnfertilite tanısı genellikle kişilerde ani bir şokun yaşanmasına sebep olmaktadır. Çünkü her birey doğurgan ve doğurkân olduğunu varsaymaktadır (4, 50, 51)

İnkâr: Çocuk sahibi olamamayı kabullenmek zor gelir ve yanlış olduğunu düşünerek tanıyı inkâr ederler (49-53). Çiftler inkâr döneminde profesyonel yardım aramadan önce uzun bir süre beklerler. Bu tepki bireyin infertiliteye uyum sağlamasına izin verme sürecidir.

Öfke: İnkâr etmenin uzun süre devam etmesi sağlıksızdır. Ardından yaşanan duygu ise öfkedir. Kontrol kaybı, yoğun stres yaşama, eş, aile ve arkadaşlardan destek alamama öfkeyi ortaya çıkarabilir. Öfke pek çok şeye yansıtılabilir. Eşler birbirlerine öfkelenebilir. Bu öfke özellikle eşler infertiliteden aynı oranda etkilenmezse daha da yoğun olur. Eşinin sorunu kendisi kadar yoğun yaşamadığını fark edince öfke daha da artar. Ayrıca infertilitenin nedeni olarak belirlenen eşe, istenmese de öfkelenilir. Yapılan bir çalışmada eşinde oligospermi ya da azospermi belirlenen kadınların %87'sinin eşine öfke duyduğu belirlenmiştir. Gebe kadınlara, tedavi ekibine, çocuğu olan ailelere öfke duyulabilir (6, 39, 49-52).

Pazarlık: Bireyler öfkenin ardından Tanrı ile pazarlık yapmaya ve adaklar adamaya başlar. 'Tanrım! Eğer çocuğumuz olursa senin için çok şey yaparım' diye söz verirler (6).

Suçluluk: İnfertil olduğunu öğrenen birey, geçmişte infertiliteye neden olabilecek (kullanılan alkol, sigara doğum kontrol yöntemleri, geçirilen düşük ve küretajlar....) deneyimlerinden dolayı suçluluk duyar (18).

Eşinin başka biri ile evlenmesi sonucunda bir çocuğa sahip olabileceğini düşünmesi, infertil çiftlerde suçluluk duygusunun artmasına sebep olabilmektedir (13).

Yalnızlık: Çiftler arasında yaygın olarak yaşanan duygulardan birisidir ve başa çıkmak güçtür. Çiftler günlük yaşamlarını normal olarak sürdürüyor olsalar da infertilite tanı ve tedavi süreçleri bu eşlerde yalnızlık duygusuna yol açar. En

gereksinim duydukları anlarda bile kendilerini aile ve arkadaş gibi destek kaynaklarından uzak tutarlar. İnfertil çiftler çocuklu kişiler kadar aile büyüklerinden ve sosyal çevrelerinden dışlandıklarını hissederler. Kederlerini paylaşmak onlar için çok zordur. Çünkü onlar etraftaki kişilerin onların duygularını anlamadığını düşünürler. Ayrıca kendilerine infertil olduklarını hatırlatan, olay, yer ve kişilerden uzak tutmaktadırlar ve böylece sosyal izolasyona maruz kalmaktadırlar (7, 15, 18, 45, 52, 54).

Güçsüzlük: Bireyler çocuk sahibi olmak isteyip de olamadıkları zaman, kendi bedenlerinin kontrolünü kaybettiklerini düşünerek güçsüzlük ve başarısızlık duyguları yaşarlar. Yetersizlik ve çocuk sahibi olamamak yaşamlarının her alanını kaplayabilir. Yaşamlarının alt üst olduğunu ve kontrollerinin dışına çıktığını hissederler (6, 18, 51, 55).

Benlik Saygısında Azalma: Ebeveyn olma isteği temel biyolojik bir istektir. Bazı insanlar için ebeveyn olmak erişkinliğe geçiş anlamındadır. İnfertilite tanısıyla birlikte ideailize ettikleri yetişkin kimliği zedelenebilir. Sağlıklarına olan güvenleri azalabilir, kendilerini eksik ve hasta gibi hissetmeye başlayabilirler. Yapılan çalışmalarda kadınlar kendilerini boş, defektli, yarım, küçük kadın olarak hissetmektedirler. İnfertil erkekler de benzer duyguları ve seksüel problemleri ifade etmişlerdir. Böylece bireyin kendine olan güveni azalır ve benlik saygısı düşer (11, 28, 56, 57).

Kayıp: İnfertilite duygusal açıdan önemli bir kayıptır. Bazıları için bir organın kaybı ya da kronik bir hastalık ile eş değer olabilir. İnfertilite, gerçek bir kayıptan çok potansiyel bir kayıp olduğu için alışılmadık bir keder çeşididir. Herkese göre değişebilecek, sembolik anlamları olan bireyin geleceğe dair hayallerinin kaybı, ebeveyn olma idealinin kaybı, potansiyel çocuk kaybı, genetik devamlılığın/soyunun kaybı ve kendi bedeni üzerindeki kontrolün kaybı söz konusudur (56, 46, 18).

Umutsuzluk: İnfertilite ve tedavisinin neden olduğu duygusal değişimler depresyon ile ilişkilidir. Çiftler tedaviye başlarken umutludur. Bu duygu, kaygı duygularıyla birlikte tedavi boyunca sürer. Ancak tedavi başarısızlıkla sonuçlanırsa umutsuzluk ortaya çıkar. Hatta birkaç kez yardımcı üreme tekniği uygulayıp çocuk sahibi olamayan çiftler tamamen umutlarını kaybedip tedaviye son vermektedirler (52).

Stres: Evlilik yaşantısı içinde çocuk sahibi olamamak, çiftlerin birinde ya da her ikisinde stres yaratır. Çiftler infertil olduklarını öğrenince ve bu konuda araştırma yaptıkça stres önemli oranda artar. Stres süreci, stres kaynağıyla (infertilite) ve stresörler (ilgili tıbbi faturalar, randevular, ultrasound, semen toplama v.b.) ile başlar ve tedavinin gidişi, bireylerin olayları algılayışı, sağlık personelinin tutum ve davranışlarına göre inişli çıkışlı bir şekilde devam eder. Hatta gebelik gerçekleştiğinde bile uzun süre (düşük ya da erken doğum korkusuyla) stres yaşamaktadırlar (11, 12, 46).

Çocuk yapmak amacıyla ovulasyon döneminde programlı olarak cinsel ilişkiye girmek zorunda olmak seksiz zevksiz duruma getirerek çiftlerde stres yaratmaktadır (11, 18).

İnfertilite test ve tedavileri ile fiziksel, emosyonel ve ekonomik olarak stresli olabilir. Hem infertilite tedavisi görmek hem de kariyer yapmak çiftlerin stresini artıran bir durumdur. İnfertil kadınlar erkeklere oranla daha fazla stres yaşamaktadırlar. Toplum içinde çocuk sahibi olamamanın baskısını ve eksikliğini daha fazla duymaktadırlar (10, 16, 55).

İnfertilite tedavisi gören kadınlarda yapılan araştırmalar, yaşamı tehdit eden kanser ve kalp hastalıklarına benzer stres düzeyleri bildirmektedirler. Erkek ise infertilite nedeni kendisinde belirlendiği zaman daha çok stres yaşamaktadır (57).

Anksiyete: Her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktör anksiyete nedeni olabilir. Bu duygunun yaşanması, hayatın sürdürülmesinde ve uyumun gerçekleştirilmesinde önemlidir. Ancak zamanla sosyal yaşamı ve aktiviteleri olumsuz yönde etkileyerek ruhsal sorun halini alır (50).

Yapılan bazı araştırmalar infertilitenin çiftlerde anksiyeteye yol açtığını bildirmektedir. Özellikle infertilite tanısının ilk konulduğu dönemlerde, nedeni bilinmeyen infertilite durumunda, tedavinin başarısı konusunda ve infertilite süresi uzadıkça anksiyetelerinin arttığı bildirilmektedir (11, 54, 56, 58).

Depresyon: Depresyon biyolojisi, genetiği, tedaviye verdiği yanıt ve prognozu açısından karmaşık ve heterojenlik gösteren bir duygu durumudur. Depresyon belirtileri; metabolizmik, duygusal/bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkar.

Bu belirtiler: uyku ve iştah bozuklukları, somatik belirtiler, karamsarlık benliğe ilişkin olumsuz duygular, genel doyumsluk, sevgi ve ilgi kaybı, ağlama nöbetleri, benlik saygısının azalması, olumsuz beklentiler, kendini eleştirme, suçlama, karar vermede güçlükler, umutsuzluk, motivasyon kaybı, kaçma, çekilme ve intihar düşünceleridir (4).

Depresyon, sıklıkla hoş olmayan yaşam durumlarına karşı, özellikle bir kayba karşı verilen ve kriz durumunda ortaya çıkan bir tepkidir. İnfertilite, çiftler için bir yaşam krizidir ve bu çözümlenmediği zaman depresyon ve yas görülür (50).

Depresyon infertilite ile ilişkili olarak ortaya çıkan yaygın bir tepkidir. İnfertilite nedeniyle hayallerini gerçekleştirememe, çevrelerindeki insanların kendilerini anlamadığı duygusu ve çevrenin baskısı depresyona neden olabilmektedir (11, 12, 18, 59).

İnfertilite ve tedavi süresi uzadıkça depresyon düzeyleri yükselir ve ciddi derecede depresyon bulguları ortaya çıkar (28).

İnfertilite tedavisinde kullanılan hormon ilaçları da depresyona neden olabilir. Bu nedenlerden dolayı infertilitede depresyon, başa çıkılması gereken önemli bir sağlık sorunudur (56).

2.5.5. IVF ve Etik

Tıp teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde insanlar, bu kötü kaderi değiştirme imkanına sahip olmuşlardır. Her iyi içinde kötüyü de barındırdığı gibi, YÜT de dinsel, hukuksal ve etik sorunları beraberinde getirmiştir. YÜT'e karşı ana muhalefet hattını, dinsel geleneklerin temsilcileri oluşturmaktadır. Toplumsal görüşün oluşumunda önemli bir yer tutan inanç ve kabul sistemi, dinsel geleneklerden kaynaklanmaktadır (57).

YÜT etiği ve bilimsel yönleri üzerinde teologların ve dini düşünürlerin yoğunlaşması birbiriyle örtüşen dört dönemde değerlendirilebilir. ilk dönem, 1960 'lı yılların ortalarını kapsar. İlk tartışmalar üreme kontrolü, alternatif YÜT ve klonlamaya esas oluşturan seçilmiş genotipler sayesinde gen havuzunun defektli

genlerden temizlenmesini düşünen genetikçilerin ve bioloğların savunmasını oluşturmaktadır (12, 22).

Bu dönemde tartışmaya katılan Protestan Josef Fletcher insan otonomisinin ve insan üremesinin üzerindeki kontrolün artmasını savunmuştur. Fletcher yapay üreme teknolojisinin seksüel üremenin 'genetik ruletine' göre tercih edilebilir gömüştür. Laboratuvar üremesi; istenmiş, seçilmiş, planlanmış olduğundan 'radikal şekilde insan' olarak değerlendirilmiştir. Yine bir Protestan olan Paul Ramsey YÜT'ni 'sınır' olarak irdelemekte, risk altında insanlık ve yaratılış arasında seçilmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ramsey YÜT'nde üç horizontal (insan-insan) ve iki vertikal (insan-tanrı) sınır öngörmüş ve bunların geçildiği nokta olarak tanımlamıştır.

1. YÜT ile üreme; kontrol altına alınmış (veya alınmaya çalışılmış) gen havuzunu gerektirmektedir.
2. YÜT; doğmamış bebekler üzerinde tedavi amacı gütmeyen araştırmaları içerecektir.
3. YÜT; ebeveyn kavramını etkileyecek 'yaratılış'ı 'üreme'ye çevirecektir, bu da seksüel ilişki sonucunun birleştirici ve yaratıcı yönlerine zarar verecektir (12, 58).

Aşılan vertikal sınırlar ise;

1. Yardımcı üreme; sonsuz kibirin günahını taşımaktadır.
2. Yardımcı üreme; yaratma fiiline ortak olarak 'tanrılaşma'ya çalışmaktır.

İkinci dönem 1978 de iki önemli olayla başlamıştır. İlki in vitro fertilizasyon ürünü bebek Louise Brown ve David Rorvik'in kitabı 'O'nun görüntüsünde'nin yayınlanması (12, 22).

YÜT'nin etik yönden savunmasının temelini, kişinin üreme hakkını kullanması oluşturmaktadır. Kişi nasıl bu hakkı doğum kontrolü için kullanıyorsa, çocuk yapma hakkı için de kullanabilir. Üreme hakkı kişinin sadece 'çocuk' sahibi olma değil, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını da içerir. Kişide aktarabileceği genetik hastalık mevcutsa, bu aktarımı önlemeye yönelik çabalar, etik ve hukuksal olarak kabul edilebilir bir durumdur (30).

YÜT gelişmeden önce sıklıkla uygulanan evlat edinme infertil kişilerin sorununun bir çözümü olarak görülse de özellikle Müslüman ve Yahudi toplumlarında kan bağı ve nesebin önemi göz önüne alındığında yetersiz kalmakta ve

ebeveynlerde ve çocuklarda psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Anadolu’da evlat edinme kan bağı ve nesebin önemi gözetilerek aile içinde yeğenlerin evlat edinilmesi şeklinde bir çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Evlat edinme; YÜT’nin sağlayabileceği biyolojik bağı ve bir çocuğa sahipolmanın vereceği heyecanı sağlayamayacağından tercih edilmeyen bir seçenek olarak kalmaktadır. İslamiyette bazı ekoller evlat edinmeyi men ederek, kişinin babasından başkasına nisbet edilmesini yasaklamıştır (27).

YÜT’nin getirdiği sorunlardan biri de çocuğunun gerçek ebeveyninin kim olduğudur. Üçüncü şahısların genetik materyali kullanılmadıkça, anne ve baba kavramlarında bir karışıklık görülmemektedir. Bu nedenle dinsel gelenekler ve çoğu ülkenin hukukunda YÜT’nin uygulanmasında üçüncü şahısların genetik materyalinin kullanımı hoş görülmemektedir (53).

Dinsel gelenekler aile kurumunu ve aşkın kutsallığını vurgulamışlardır. Aşkın birleştiriciliği ve yaratıcı özelliği kendini bir bebeğin doğumunda gösterir. Bu çocuğun bakılması ve büyütülmesi kutsanmış olan aile kurumuna aittir. Ailenin yapısını sarsacak her olgu çocuğun kişiliğinin gelişmesini de etkileyecektir. YÜT ile aile içi ahlaki ve dinsel roller etkileneceğinden ailenin temel yapısı da etkilenecektir. Ülkemizde yürürlükte olan YÜT ile ilgili yönetmelik, sadece evli çiftlere bu konuda hizmet edilmesi kuralını getirmiştir (58).

Bazı ülkeler ve bölgeler sperm ve oosit bağışını yasal olarak kabul etmiştir. Sperm bankalarından sağlanan sperm ile uygulanan yapay döllene Artificial Insemination Donor (AİD) adı verilmektedir. Bu durumda vericinin ismi gizli tutulmaktadır. Bu teknik ile gebelik sonrası doğan çocuğun babası kim olacaktır? Bu çocuğu eş ne kadar benimseyebilecek o na ne kadar sevgi gösterebilecektir? Eşler anlaşamayıp boşanırsa baba konumundaki eş çocuğu reddedebilir mi? (8).

YÜT uygulandığında cinsel ilişkinin mekanikleşmesi söz konusu olabilir. Çift, tedaviyi salt tıbbi girişim gibi değil de performans yetersizliğine karşı bir yöntem gözüyle bakabilir ve bu da suçluluk hisleri, bilinçaltı suçlamalar ve sorumlu eşte ciddi ego travmalarına yol açabilir (4).

Üçüncü şahıstan alınan materyalle YÜT yardımı ile dünyaya gelen ve birbirinden habersiz iki kardeşin evlenmesi de imkan dahilinde olur ki bu da nesiller için büyük tehlikeler yaratır. Annelik kadının hayatında temel olgulardan biridir.

Yaşanmadığında hayat eksik olarak kabul edilir. Günümüzde geleneksel annelik tanımı olan ‘kan bağı ve çocuğu doğurma’ tanımı tartışılır hale gelmiş, ‘sevgi ile bağlanma’ genetik annelik de aynı oranda öneme sahip olmuştur (6).

Birçok kimseye göre hayat yumurtacığın döllenişmesiyle başlar. Ne kadar erken safhada olursa olsun embriyo bir insan yavrusudur. Onu cansız bir madde gibi buz dolabına koymak, üzerinde deneyler yapmak ve sonunda çöp sepetine atmak ne ahlak kurallarına ne de inançlara uygundur (17, 48).

Yeni üreme teknolojisi hususunda Oxford’lu bilim adamı Prof.Dr. Warnæk endişelerini şöyle yansıtmıştır; Toplumların yaşayanlarına ve ölülerine olan muamelelerine, bağlılık ve vefaya, namus anlayışına, cinsel hayatlarına ait bazı kuralları ve sınırları vardır. Bu sınırlar ve kurallar toplumdaki topluma değışebileceğı gibi aynı toplumda zaman süreci içinde de değışebilir. Ancak, eğer bir toplum bu husustaki prensiplerini tamamen kaybederse bu durum o toplum için ahlak’ın sorunu demektir. Bu nedenle kanun adamları, filozoflar, bilginler yeni gelişmelere sınır getirmektedirler (36).

İn Vitro fertilizasyon tekniklerinin gelişimi ile beraber, sperm bankalarının kurulması, sperm ticaretinin başlaması, dondurulmuş embriyoların fazlasının ne olacağı, kiralık annelik gibi sorunları da beraberinde gelmiştir. Yumurta hücresi satan, sperm hücresi ticareti yapan şirketler, ümitsizce ceninin cinsiyetine etki etme girişimleri, neselerde büyük kargaşa, özürü doğan, cinsel hastalıklı olarak dünyaya gelen çocuklar gibi sonuçları da beraberinde doğurmaktadır (18).

Sorunların ülkemizde çıkmasını engellemek amacıyla ülkemizde 21.08.1987 tarihinde yayınlanan ‘in vitro fertilizasyon ve embriyo transferi merkezleri yönetmeliğı’ YÜT yardımıyla bebek sahibi olabilmenin şartlarını düzenlemiştir. Yönetmelik, YÜT’ne ancak normal yollarla ve bilinen tedavi yöntemleri ile gebe kalamayan evli kadınlarda izin vermektedir. Yönetmeliğın getirdiğı diğeri bir sınırlama ile de, annenin yumurtalarının ancak kocanın spermleri ile rahim dışında döllendirilmesine ya da rahim dışında embriyo haline getirildikten sonra ananın rahmine yerleştirilmesine imkan tanımıştır. Bu uygulamanın yapılabilmesi için belli bir yaş sınırı önsaptanmıştır. 40 yaşın üzerinde bir kadının bu yöntemlerden herhangi biriyle çocuk sahibi olması mümkün değildir (23).

IVF ile ortaya çıkan yasal ve ahlaki yönden en çelişkili konu döllenen yumurtanın durumudur. Yumurtanın alınması opu işleminde gerçekleşir. Tüp döllenen ve hücre bölünmenin başarılı olma şansı birden fazla yumurtanın alınması ve birden fazla dölleme yapılmasıyla istatistiksel olarak artmaktadır. Tıbbi indüksiyon tekniğiyle daha fazla yumurta oluşumu sağlanarak birkaç yumurtanın alınıp döllenişi sağlanır. Uygulamada yeniden yerleştirme işlemi esnasında, birden fazla döllenen yumurta annenin döl yatağına aktarılmakta ve bu nedenle çok kısımlı gebelik riski artmaktadır. Bu işlemler esnasında bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. İlk sorun ahlaki bir dayanak gerektirmesine rağmen bu işlemin yasal yönüdür. Avrupa Birliği 1997 Oviedo İnsan Hakları Konvansiyonu ile in vitro embriyolar korumaya alınmaktadır. Bu na göre araştırma amacıyla insan embriyosu üretmek yasaktır (60).

Organ vericilerinin aksine, gamet vericileri gerçekte yumurta veya sperm dölleme amacıyla kullanıldığında yaşam olasılığı vermektedir. Döllenen insan yumurtasında olduğu gibi gamet hücrelerini kullanma hakkını kazanılmış bir hak olarak kabul etmek yasaya uygun değildir. Ahlaki, dini ve sosyal bakımlardan döllemede kullanılan gamet bağı sıradan bir hücre bağı olarak düşünülmemelidir (50).

Dinsel görüş ve inanlar toplumun ahlaki temellerini oluşturur. Dünya üzerindeki hemen hemen tüm toplumlarda sosyal normların oluşmasında o toplumun dinsel görüş ve inanları önemli rol oynar. Sosyal normlar hayatın nasıl yaşanması gerektiğine dair temel felsefik bir çerçeve çizer. YÜT'e karşı temel direnç din adamlarından ve düşünürlerden gelmektedir. Bunun nedeni yardımcı üreme teknolojilerinin süregelen sosyal normları ve kabulleri yıkmasıdır (3, 9).

Tüp bebekte buzdolabında kalan embriyolar bilim adamları için ideal araştırma malzemesi olmuştur. Bilimin birçok karanlık noktalarını gün ışığına çıkarmak için imkan doğurmuştur. Böylece insan embriyosunun metabolizmasını incelemek, hangi maddelerin yararlı hangi maddelerin zararlı olduğunu öğrenmek mümkün olacaktır (11).

YÜT'ni sınırlayan bir başka olgu da toplumsal yarar yerine bireysel yararın öncelikli olmasıdır. Bireysel yararın ön planda tutulması genetik ayrımcılığı engellemeye yönelik bir çabadır (16, 23).

Tıptaki her sorunu hayvan deneyleriyle çözüme ulaştırmak ve netleştirmek mümkün değildir. Hayvanlarda zararsız bulunan talidomide 60'lı yıllarda insanlarda kullanılmış ve binlerce kolsuz bacaksız insanın doğmasına neden olmuştur (23).

Embriyo hukuksal olarak tam bir şahsiyet olarak kabul edilmemekle beraber, hürmetle muamele görmelidir. Cansız bir cisim, bir eşya parçası gibi değil, bir insan yavrusu gibi davranılmalıdır. Aksi halde bu durum yavaş yavaş insanları yeni doğanlarına, komadaki hastalarına, yaşlılara karşı tutumlarını değiştirmelerine ve saygılarını kaybetmelerine yol açabilir. Embriyoya tam bir insanmış gibi bakmakta hatalıdır. Üstelik, embriyolar üzerinde yapılacak araştırmaların insanlığa çok büyük katkılarının olacağı unutulmamalıdır. Bu sebepten bundan vazgeçmek te olmaz. Teknolojiler ilerlerken töreler sürekli aynı yerde kalmaz. Onların da değişmesi de beklenebilir bir durumdur (57).

“Tanrıyı oynamak” bu slogan tıbbi gelişmelerin eleştirisinde en çok ve ensik dile getirilen slogandır. Bu slogan ile dile getirilen kaygılar çok çeşitlidir.

İnsanların yaşamın gizemlerini araştırmaması gerektiği düşünülmektedir. Bu gizemlerin bilimsel olarak açıklanması; insanlarda açıklanamayan gizemlerin sadece din dogmaları ile açıklandığı “boşlukları dolduran Tanrı” kavramını içeren bir teoloji düşüncesinin oluşmasına yol açabilir (21).

Embriyolarda cinsiyet tayini yapmakla seksle ilgili hastalıkların önlenmesi, kromozom tetkiki yapmakla mongol bebeklerin teşekkülü önlenebilirdi. Embriyonun yetişme safhasında pyruvate denilen maddenin azalmasıyla metabolizmanın iyileştiği saptanmıştır. Aynı tecrübelerle spermanın penetrasyon delme kabiliyeti çoğaltılarak bugün cm 3 de 2 milyondan az sperması bulunan oligospermi vakalarını fertil yapma imkanı sağlanmıştır (16).

Bütün bu deneylerde kullanılan embriyolar sonun da çöp sepetine gitmektedir. Bu durum Büyük itirazlara neden olmaktadır. Birçok kimseye göre hayat yumurtacığın döllemesi ile başlar. Ne kadar erken safhada olursa olsun embriyo insan yavrusudur (16).

IVF tehlikeli bazı gelişmelere yol açabilir bu gelişmeler ekonomik estetik ve politik olabilir. Örneğin; üstün ırk yaratma girişimleri (23).

Yeni tekniklerin sonraki kuşaklar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu diğer türler üzerindeki çatışmalar ile araştırılarak, klinik

Çalışmalarda sınırlı kullanım gibi çalışmalarla araştırılarak klinik çalışmalarda sınırlı kullanım gibi çalışmalarla incelenmektedir. İnsan embriyosunun 8 hücveli ve blastokist evresinde yapılan kromozomal testler yeni tekniklerin ters etkilerinin değerlendirilmesinde, yeni bir teknik sağlamaktadır. Bu yeni tekniğin yapay olmasının savunmasında tüm medikal tedavilerin yapay olduğu ve doğanın hatalarını düzeltmeyi hedeflediği vurgulanmaktadır (23).

Tüp bebek yeryüzündeki milyonlarca kadına ümit kapılarını açan büyük bir olaydır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma YÜT Türk toplumunun bakışını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Nisan 2005'te Antalya merkezde bulunan ve sosyokültürel açıdan farklı iki ayrı mahallede yapılmıştır. Birinci bölge düşük sosyoekonomik statüde olan kırsal bir yerleşim yeri ve ikinci bölge yüksek sosyoekonomik statüde olan şehir merkezi olarak belirlendi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Antalya'da yaşayan, kadın ve erkeklerden oluşan eğitim ve ekonomik yönden farklı görülen iki ayrı semtteki insanlar ev halkı tespit fişlerinden seçilerek oluşturulmuştur.

Araştırmanın örneklemini, sosyoekonomik olarak farklı özellik gösteren iki mahalleden, küme örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 400 kişi oluşturmuştur. Her iki bölgede de 18 yaşın üzerinde 200 katılımcı küme örnekleme yöntemiyle belirlendi. Küme örnekleme yöntemi nüfusun gruplara ya da kümelere ayrıldığı ve bu kümelerin rasgele seçildiği bir tekniktir. Bu örnekleme tekniği diğerlerine nazaran daha pratik ve ekonomik bir yöntemdir (53).

3.5. Sınırlamalar

Katılımcıların hepsi çalışmaya katılmayı istediler. Katılımcılar belirlenirken, 18 yaş üzeri olmalarına ve üreme çağını aşmamış olmalarına dikkat edildi.

3.6. Veri Toplama Tekniği

Bu çalışma grubu her biri 20 birey içeren 20 kümeden oluşmuştur. Kişilerin ve grupların başlangıç noktası ev halkı tespit fişleridir. Anketler 4. sınıf tıp öğrencilerinin de yardımıyla katılımcılara birebir okunarak yapıldı ve bilgiler toplandı. Anketörler YÜT hakkında İVF uzmanları tarafından bilgilendirildi. Anketlere katılımcıların daha rahat yanıtlayabilmeleri için YÜT açıklayan yazılı talimatlar oluşturuldu. Bu soruların kolayca anlaşılabilirliğini doğrulamak için 40 kişi üzerinde pilot çalışma yapıldı. Bu pilot çalışmanın sonuçlarına göre ankette düzeltmeler yapıldı.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; çalışmaya katılan kişilerin özelliklerini belirlemek için hazırlanmıştır. İkinci bölüm; kişilerin tüp bebek ile ilgili bilgileri ve görüşlerini belirlerken, üçüncü bölüm; bazı görüşlere katılıp katılmadıklarını belirleyen sorular içermektedir. Dördüncü bölümde ise tüp bebek tedavisi ile bağlantılı diğer yöntemlerle ilgili görüşleri belirlemek amaçlı sorular bulunmaktadır.

Çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Etik Komitesi tarafından kabul görmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Anket formları tek tek kodlanarak SPSS programı ile analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı verilerde sayı ve yüzde, karşılaştırmalı verilerde ki-kare ve iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

IV. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların genel özelliklerine göre yüzdeler dağılımı

Mahalle	Sayı (Yüzde)
Mahalle 1 (Ahatlı)	198 (49,50)
Mahalle 2 (Bahçeli)	202 (50,50)
Cinsiyet	
Erkek	178 (44,50)
Kadın	222 (55,50)
Medeni Hal	
Bekar	83 (20,80)
Evli	285 (71,10)
Boşanmış	32 (8,10)
Çocuk Sahibi Olan	
Evet	255 (64,07)
Hayır	143 (35,93)

Çalışmamıza Ahatlı semtinden 198 (%49,50) ve Bahçeli semtinden 202 (%50,50) katılımcı alınmıştır (Tablo 4.1)

Katılımcıların %55,5'inin kadın, %45,5'inin erkek olduğu saptanmıştır. Medeni durumlarına bakıldığında; %71,1'inin evli, %20,8'inin bekar, %8,1'inin boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo incelendiğinde; katılımcıların %64,2'sinin çocuk sahibi olduğu, %35,8'inin çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yüzdeler dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (Yüzde)
Okur yazar değil	10 (2,50)
Okur yazar	9 (2,30)
İlkokul	83 (20,80)
Ortaokul	45 (11,30)
Lise	148 (37,0)
Üniversite	105 (26,30)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %37'sinin lise, %26,3'ünün üniversite, %20,8'inin ilkokul, %11,3'ünün ortaokul, %2,5'inin okur-yazar olmadığı, %2,3'ünün okur-yazar olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların kendilerini dindar tanımlamalarına göre yüzdeler dağılımı

Dindar mısınız?	Sayı (Yüzde)
Evet	299 (74,80)
Hayır	101 (25,20)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %74,8'inin kendini dindar gördüğü, %25,2'sinin kendisini dindar görmediği saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların tüp bebeğin anlamını bilmelerine göre yüzdeler dağılımı

Tüp Bebeği Biliyor musunuz?	Sayı (Yüzde)
Evet	245 (61,20)
Hayır	27 (6,80)
Çok emin değil	128 (32,0)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %61,2'sinin tüp bebeğın ne anlama geldiğini bildiğı, %32,0'mın bildiğinden çok emin olmadığı, %6,8'inin ise bilmediğı saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların yakın çevrelerinde tüp bebek tedavisi görenleri bilmelerine göre yüzdeler dağılımı

Tedavi Gören Var mı?	Sayı (Yüzde)
Evet	62 (16,0)
Hayır	211 (52,30)
Bilmiyorum	127 (31,70)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %52,3'ünün hayır, %31,7'inin bilmiyorum, %16,0'mın evet cevabını verdiğı saptanmıştır. Sadece 62 (%16) katılımcının çevresinde tüp bebek tedavisi görenlerden haberdar olduğı saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Katılımcıların infertilite sorunu yaşamalarına göre yüzdeler dağılımı

İnfertil misiniz?	Sayı (Yüzde)
Evet	17 (4,50)
Hayır	285 (71,30)
Bilmiyorum	98 (24,30)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların 285 (%71,3)'sinin infertil olmadığı, 98 (%24,3)'inin infertil olup olmadığını bilmediğı, 17 (%4,5)'sinin infertil olduğı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Katılımcıların tüp bebek tedavisi görmelerine göre yüzdeler dağılımı

Tedavi Gördünüz mü?	Sayı (Yüzde)
Evet	13 (3,27)
Hayır	387 (96,73)
Toplam	400 (100)

Katılımcılardan infertilite sorunu olan 17 kişiden 13 (%3,27)'ünün tüp bebek tedavisi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Katılımcıların infertil olmaları durumunda tüp bebek tedavisini kabul etmelerine göre yüzdeler dağılımı

Tedaviyi Kabul Ederim	Sayı (Yüzde)
Evet	334 (83,38)
Hayır	66 (16,62)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %83,38'inin infertil olmaları durumunda tüp bebek tedavisini yaptırmayı kabul edecekleri ve %16,62'sinin tedaviyi kabul etmeyecekleri saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmaları halinde bunu yakınları ile paylaşmalarına göre dağılımı

Yakınlarınıza Anlatır mısınız?	Sayı (Yüzde)
Evet	263 (65,80)
Hayır	58 (14,50)
Bilmiyorum	79 (19,70)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %65,8'inin çevrelerine anlatabileceği, %19,70'inin kararsız olduğu ve %14,5'inin anlatmak istemediği saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Katılımcıların tüp bebek tedavisine ihtiyaç duydukları takdirde dinin tedaviye izin vermesine bakışlarına göre yüzdeler dağılımı

Dininiz İzin Verir mi?	Sayı (Yüzde)
Evet	332 (83,0)
Hayır	68 (17,0)
Toplam	400 (100)

Araştırmaya katılanların 332 (%83)'sinin dininin tedaviye izin vereceğini, 68 (%17)'sinin ise izin vermeyeceğini düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmak yerine evlat edinmeye bakışlarına göre yüzdeler dağılımı

Evlat Edinmek Tedaviden İyi mi?	Sayı (Yüzde)
Evet	90 (22,30)
Hayır	310 (77,70)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %77,70'inin evlat edinmek yerine tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi olmayı uygun bulduğunu, %22,30'unun evlat edinmeyi daha uygun bulduğunu saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Katılımcıların infertilitenin yalnızca kadına ait bir sorun olduğunu düşünmelerine göre dağılımları

Kadına Ait Bir Sorun mu?	Sayı (Yüzde)
Evet	40 (9,90)
Hayır	302 (75,80)
Bilmiyorum	58 (14,30)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların 302 (%75,80)'sinin infertiliteyi sadece kadına ait bir sorun olarak görmediğini, 58 (%14,30)'inin bilmediğini ve 40 (9,90)'ının infertilitenin kadından kaynaklandığını düşündüğünü saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Katılımcıların infertilitenin evlilik üzerine etkisinin olduğunu düşünmelerine göre yüzdeler dağılımı

İnfertilite Evliliği Etkiler mi?	Sayı (Yüzde)
Evet	210 (52,50)
Hayır	118 (29,50)
Yorum Yok	72 (18,0)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %52.50'sinin evliliği etkileyeceğini ve %29,50'sinin etkilemeyeceğini düşündüğü saptanmıştır. %18 katılımcının yorumsuz kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Katılımcıların tüp bebek tedavisi ile doğan bebek ile doğal yolla doğan bebek arasında fark görmelerine göre yüzdeler dağılımları

Bebekler Farklı mı?	Sayı (Yüzde)
Evet	27 (6,70)
Hayır	283 (70,80)
Yorum yok	90 (22,50)
Toplam	400 (100)

Katılımcıların %70,80'inin doğal yolla dünyaya gelen bebek ile tedavi ile dünyaya gelen bebek arasında fark olmayacağını düşündüğü, %22,50'si yorum yok cevabını verdiği ve %6,70'inin bebeklerin farklı olacağını düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Katılımcıların kendilerine sunulan önermelere bakışlarına göre yüzdeler dağılımları

“Eğer Kişilerin Tedaviye İhtiyaçları Varsa, Bu Eşler ve Doktor Arasında Gizli Kalmalı”	Sayı (Yüzde)
Tamamen katılıyorum	105 (26,30)
Katılıyorum	71 (17,80)
Katılmıyorum	65 (16,30)
Kesinlikle katılmıyorum	110 (27,50)
Bilmiyorum/ fikrim yok	49 (12,30)

“Çocuk, Tüp Bebek Tedavisi ile Doğduğunu Asla Bilmemeli”	Sayı (Yüzde)
Tamamen katılıyorum	64 (16,0)
Katılıyorum	47 (11,80)
Katılmıyorum	73 (18,30)
Kesinlikle katılmıyorum	168 (42,0)
Bilmiyorum/ fikrim yok	48 (12,0)

Tedaviye ihtiyaç duydukları takdirde tedavinin eşler ve doktor arasında gizli kalmalı önermesine katılımcıların %27,5’inin kesinlikle katılmıyorum, %26,3’ünün tamamen katılıyorum, %17,8’inin katılıyorum, %16,3’ünün katılmıyorum, %12,3’ünün bilmiyorum/fikrim yok cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4.15).

Tüp bebek tedavisi ile dünyaya gelen çocuk, tedavi sonucu doğduğunu asla bilmemeli önermesine katılımcıların %42,0’mın kesinlikle katılmıyorum, %18,3’ünün katılmıyorum, %16,0’mın tamamen katılıyorum, %12,0’mın bilmiyorum/fikrim yok, %11,8’inin katılıyorum cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Katılımcıların tüp bebek tedavi yöntemlerinden embriyo dondurulması, bağış ve redüksiyona bakışlarına göre yüzdelik dağılımları

Embriyo Dondurmaya Bakış	Sayı (Yüzde)
Olumlu	239 (59,80)
Uygun değil	161 (40,20)
Yumurta Bağışına Bakış	
Olumlu	129 (32,20)
Uygun değil	271 (67,80)
Sperm Bağışına Bakış	
Olumlu	82 (20,50)
Uygun değil	318 (79,50)
Redüksiyon İşlemine Bakış	
Olumlu	303 (75,80)
Uygun değil	97 (24,20)

Katılımcıların %59,80'i embriyonun dondurulmasını uygun bulurken, %40,20'si uygun bulmamıştır (Tablo 4.16).

Araştırmaya katılanların 129 (%32,20)'u yumurta bağışına olumlu bakarken, 271 (%67,80)'i yumurta bağışını uygun görmediği saptanmıştır.

Katılımcıların sadece %20,50'si sperm bağışını olumlu bulurken, %79,50'sinin sperm bağışını uygun bulmadığı saptanmıştır (Tablo 4.16).

Redüksiyon işleminin %75,80 katılımcı tarafından uygun bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17. Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre genel özelliklerinin yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	AHATLI (1) n=198 Sayı Yüzde	BAHÇELİ (2) n=202 Sayı Yüzde	p
Çocuk Sahibi misiniz?			
Evet	143 (72,96)	112 (55,45)	<0,05
Hayır	55 (27,04)	90 (44,55)	
Dindar mısınız?			
Evet	179 (90,40)	118 (59,0)	<0,05
Hayır	19 (9,60)	82 (41,0)	
Eğitim Durumunuz			
İlkokul	68 (34,35)	34 (16,84)	<0,05
Ortaokul	20 (10,10)	25 (12,38)	
Lise	73 (36,87)	75 (37,13)	
Üniversite	37 (18,69)	68 (33,66)	

Ahatlı (1) sosyoekonomik açıdan düşük olan, Bahçeli (2) ise sosyoekonomik açıdan yüksek olan bölgedir.

Katılımcılardan Ahatlı mahallesinde yaşayanların %72,96'sının çocuk sahibi olduğu, Bahçeli mahallesinde yaşayanların %55,45'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.17).

Ahatlı mahallesinde yaşayan katılımcıların %90,40'ının kendini dindar olarak tanımladığı, Bahçeli mahallesinde yaşayan katılımcıların %59'nun kendini dindar tanımladığı saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.17).

Eğitim durumlarına bakıldığında Ahatlı'daki katılımcıların %34,35'inin ilkokul %18,09'unun üniversite ve Bahçeli'deki katılımcıların ise %16,84'ünün ilkokul, %33,66'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	AHATLI(1) n=198 Sayı (Yüzde)	BAHÇELİ(2) n=202 Sayı (Yüzde)	p
İnfertilite tedavisinde “Tüp Bebeğin” ne demek olduğunu biliyor musunuz?			
Evet	154 (78,17)	90 (44,55)	<0,05
Hayır	14 (6,60)	14 (6,93)	
Çok emin değil	30 (15,23)	98 (48,51)	
Yakın çevrenizden birileri şu ana kadar tüp bebek tedavisi gördü mü?			
Evet	41 (20,30)	23 (10,95)	<0,05
Hayır	126 (63,96)	83 (41,29)	
Bilmiyorum	31 (15,74)	96 (47,76)	
Sizin kendinizin infertilite sorunuz var mı?			
Evet	7 (3,55)	10 (4,95)	>0,05
Hayır	151 (76,14)	135 (66,83)	
Bilmiyorum	40 (20,30)	57 (28,22)	
Siz şu ana kadar tüp bebek tedavisi gördünüz mü?			
Evet	9 (3,08)	7 (3,47)	>0,05
Hayır	189 (96,92)	195 (96,53)	
İnfertilite sorunuz olsaydı siz tüp bebek tedavisini kabul eder miydiniz?			
Evet	179 (91,79)	152 (75,25)	<0,05
Hayır	19 (8,10)	50 (24,75)	
Eğer tüp bebek tedavisi ile bir çocuğunuz olsaydı, bunu yakın arkadaşlarınıza söyler miydiniz?			
Evet	163 (82,23)	100 (49,50)	<0,05
Hayır	16 (8,12)	42 (20,79)	
Bilmiyorum	19 (9,64)	60 (29,70)	

Katılımcılara tüp bebek tedavisinin anlamı sorulduğunda; Ahatlı'daki katılımcıların %78,17'sinin biliyorum, %15,23'ünün emin değilim ve %6,60'ının bilmiyorum yanıtını verdiği, Bahçeli'deki katılımcıların ise %44,55'inin biliyorum, %48,51'inin emin değilim ve %6,93'ünün bilmiyorum yanıtını verdiği saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.18).

İki ayrı mahalledeki katılımcılardan infertilite sorunu yaşayanlara baktığımızda Ahatlı'dan 7 (%3,55) kişinin infertil, Bahçeli'den ise 10 (4,95) kişinin infertil olduğu saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Ahatlı mahallesinden %3,08 katılımcının infertilite tedavisi gördüğü, Bahçeli mahallesinden ise %3,47 katılımcının infertilite tedavisi gördüğü saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18).

Ahatlı'daki katılımcılardan %91,79'u infertilite sorunu olduğu takdirde tedaviyi kabul edeceğini belirtirken, Bahçeli'deki katılımcılardan %75,25 'i kabul edeceğini belirtmiştir. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

Ahatlı'da oturan katılımcıların %82,23'ü tedavi ile çocuk sahibi olmaları halinde çevrelerine anlatabileceklerini belirtirken, Bahçeli'deki katılımcıların %49,50'si çevrelerine anlatabileceklerini belirtmişlerdir. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Katılımcıların yasadıkları mahalleye göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	AHATLI (1) n=198 Sayı (Yüzde)	BAHÇELİ (2) n=202 Sayı (Yüzde)	p
Sizin görüşünüze göre tüp bebek tedavisine gerek duysanız dininiz izin verir mi?			
Evet	180 (90,91)	152 (75,25)	
Hayır	18 (9,09)	50 (24,75)	<0,05
Sizce tüp bebek ile çocuk sahibi olmayı denemekten evlatlık edinmek dahamı iyidir?			
Evet	26 (13,13)	63 (31,34)	
Hayır	172 (86,87)	139 (68,66)	<0,05
İnfertilitenin kadına ait bir sorun olduğunu mu düşünüyorsunuz?			
Evet	11 (5,67)	28 (13,86)	
Hayır	173 (89,18)	127 (62,87)	<0,05
Bilmiyorum	10 (5,15)	47 (23,27)	
Eğer çocuğunuz olmasaydı, bunun evlilik ilişkinize etkisi olur mu?			
Evet	115 (58,08)	95 (47,3)	
Hayır	51 (25,76)	67 (33,17)	>0,05
Yorum yok	32 (16,16)	40 (19,80)	
Sizce tüp bebek tedavisi ile oluşan bebek ile doğal yolla olan bebek farklı mıdır?			
Evet	13 (6,57)	14 (6,93)	
Hayır	139 (70,20)	144 (71,29)	>0,05
Yorum yok	46 (23,23)	44 (21,78)	

Katılımcılara tüp bebek tedavisine dinlerinin izin verip vermeyeceği sorulduğunda Ahatlı'da oturanların %90,91'inin izin vereceğini, %9,09'unun izin vermeyeceğini ve Bahçeli'de oturanların %75,25'inin izin vereceğini, %24,75'inin izin vermeyeceğini düşündüğü saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.19).

Ahatlı'daki katılımcıların %13,13'ü evlat edinmeyi tercih ederken, Bahçeli'deki katılımcıların %31,34'ü evlat edinmeyi tercih etmiştir. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4,19).

Ahatlı'dan katılanların %89,18'i infertilitenin kadına ait bir sorun olduğunu düşünürken, Bahçeli'den katılanların %62,87'si kadına ait bir sorun olduğunu

düşünmüştür. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.19).

Ahatlı'daki katılımcıların %58,08'inin evlilik ilişkisinin, bebeğin olmamasından etkileneceğini düşündüğü, %25,76'sının etkilenmeyeceğini düşündüğü ve %16,16'sının ise yorum yapmadığı saptanmıştır. Bahçeli'deki katılımcıların ise %47,3'ünün etkileneceğini düşündüğü, %33,17'sinin etkilenmeyeceğini düşündüğü ve %19,80'inin yorum yapmadığı saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19).

Ahatlı'da yaşayanların %70,20'si tüp bebeğin, normal yolla olan bebekten farklı olmadığını düşünmüş ve Bahçeli mahallesinde yaşayanların ise %71,29'u farklı olmadığını düşünmüştür. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre, anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	AHATLI (1) n=198 Sayı (Yüzde)	BAHÇELİ (2) n=202 Sayı (Yüzde)	p
Tedavi Doktor ile Aile Arasında Sır Kalmalıdır			
Tamamen katılıyorum	54 (27,27)	51 (25,25)	
Katılıyorum	13 (6,57)	58 (28,71)	
Katılmıyorum	32 (16,16)	33 (16,34)	<0,05
Kesinlikle katılmıyorum	84 (42,42)	26 (12,87)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	15 (7,58)	34 (16,83)	
Tedavi ile Doğan Çocuk Bunu Bilmemeli			
Tamamen katılıyorum	21 (10,61)	43 (21,29)	
Katılıyorum	5 (2,53)	42 (20,79)	
Katılmıyorum	33 (16,67)	40 (19,80)	<0,05
Kesinlikle katılmıyorum	122 (61,62)	46 (22,77)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	17 (8,59)	31 (15,35)	
Embriyoların Dondurulması			
Olumlu bakıyorum	118 (56,60)	121 (59,90)	
Uygun görmüyorum	80 (40,40)	81 (40,10)	>0,05
Yumurta Bağışı			
Olumlu bakıyorum	25 (12,63)	104 (51,49)	
Uygun görmüyorum	173 (87,37)	98 (48,51)	<0,05
Sperm Bağışı			
Olumlu bakıyorum	6 (3,03)	76 (34,62)	
Uygun görmüyorum	192 (96,97)	126 (62,38)	<0,05
Redüksiyon İşlemi			
Olumlu bakıyorum	143 (72,22)	160 (79,21)	
Uygun görmüyorum	55 (27,78)	42 (20,79)	>0,05

Çalışmaya katılan Ahatlı'daki olguların %42,42'sinin tedavinin sadece doktor ve aile arasında sır olarak kalmasına kesinlikle katılmadığı, %27,27'sinin önermeye tamamen katıldığı, %16,16'sının katılmadığı, %7,58'inin fikir yürütmediği ve %6,57'sinin katıldığı saptanmıştır. Bahçeli'deki olguların %28,71'inin tedavinin sadece doktor ve aile arasında sır olarak kalmasına katıldığı, %25,25'inin tamamen

katıldığı, %16,83'ünün fikir yürütmediği, %16,34'ünün önermeye katılmadığı ve %12,87'sinin kesinlikle katılmadığı saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.20).

Ahatlı'da yaşayanların %61,62'sinin tedavi ile doğan çocuğun bunu bilmesi gerektiğini düşündüğü, %16,67'sinin katılmadığı, %10,61'inin tamamen katıldığı, %8,59'unun fikir yürütmediği ve %2,53'ünün katıldığı saptanmıştır. Bahçeli mahallesinde yaşayanların %22,77'sinin tedavi ile doğan çocuğun bunu bilmesi gerektiğini düşündüğü, %21,29'unun tamamen katıldığı, %20,79'unun katıldığı, %19,80'inin katılmadığı ve %15,35'inin fikir yürütmediği saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.20).

Araştırmaya Ahatlı'dan katılan kişilerin %56,60'ı tüp bebek tedavisi ile oluşan fazla embriyoların dondurularak saklanması ve daha sonra ikinci bir gebelik istediğinde ya da ilk tedavide sonuç alınmazsa çözümlenerek kullanılmasını olumlu bulurken, Bahçeli'deki kişilerin %59,90'ı olumlu bulmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Katılımcılardan Ahatlı'da yaşayanların %87,37'si yumurtalıkları çalışmayan bayanlarda (kanser tedavisi, erken menopoz gibi nedenlerle) yumurta bağıışı ile tüp bebek tedavisi (başka bir bayandan alınan yumurtanın kullanılması) yapılmasını uygun görmezken, Bahçeli'de yaşayanların %48,51'i uygun görmemiştir. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.20).

Katılımcılardan Ahatlı'da yaşayanların %96,97'si erkekte sperm hücresinin bulunamaması durumunda sperm bağıışı (başka bir kişinin spermi kullanılarak) ile tüp bebek tedavisi yapılmasını uygun görmezken, Bahçeli'de yaşayanların %62,38'i uygun bulmamıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.20).

Ahatlı'daki katılımcıların %72,22'si tüp bebek tedavisi ile üçüz veya daha fazla bebek oluşursa anne ve bebek sağlığının tehlikeye girmemesi amacıyla bebeklerden bir veya daha fazlasının alınmasına olumlu bakmıştır, Bahçeli'dekilerin ise %79,21'i olumlu bakmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Katılımcıların cinsiyetlerine göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	ERKEK n=178 Sayı (Yüzde)	KADIN n=222 Sayı (Yüzde)	p
İnfertilite tedavisinde “Tüp Bebeğin” ne demek olduğunu biliyor musunuz?			
Evet	103 (58,19)	141 (63,51)	
Hayır	12 (6,21)	16 (7,21)	>0,05
Çok emin değilim	63 (35,59)	65 (29,28)	
Sizin infertilite sorununuz var mı?			
Evet	5 (2,81)	12 (5,43)	
Hayır	128 (71,91)	157 (71,04)	>0,05
Bilmiyorum	45 (25,28)	53 (23,53)	
İnfertilite sorununuz olsaydı tüp bebek tedavisini kabul eder miydiniz?			
Evet	140 (79,10)	191 (86,82)	
Hayır	37 (20,90)	31 (13,18)	>0,05
Eğer tüp bebek tedavisi ile çocuğunuz olsaydı, bunu yakın arkadaşlarınıza söyler miydiniz?			
Evet	109 (61,58)	153 (68,92)	
Hayır	29 (15,82)	30 (13,51)	>0,05
Bilmiyorum	40 (22,60)	39 (17,57)	
Sizin görüşünüze göre tüp bebek tedavisine gerek duysanız dininiz izin verir mi?			
Evet	140 (78,65)	192 (86,49)	
Hayır	38 (21,35)	30 (13,51)	>0,05
Sizce tüp bebek ile çocuk sahibi olmayı denemektense evlat edinmek daha mı iyidir?			
Evet	44 (24,29)	46 (20,72)	
Hayır	134 (75,71)	176 (79,28)	>0,05
Sizce infertilite kadına ait bir sorun mudur?			
Evet	26 (14,77)	15 (5,91)	
Hayır	124 (69,32)	178 (80,91)	<0,05
Bilmiyorum	28 (15,91)	29 (13,18)	
İnfertilite evlilik hayatına etki eder mi?			
Evet	100 (56,18)	110 (49,55)	
Hayır	46 (25,84)	72 (32,43)	>0,05
Yorum yok	32 (17,98)	40 (18,02)	

Erkek katılımcıların %58,19'u tedavinin anlamını bildiğini, %35,59'u çok emin olmadığını ve %6,21'i bilmediğini ifade etmiştir. Kadın katılımcıların ise %63,51'i tedaviyi bildiğini, %29,28'i çok emin olmadığını ve %7,21'i bilmediğini ifade ettiği saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Erkek katılımcıların %2,81'inin infertil, kadın katılımcıların ise %5,43'ünün infertil olduğu saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Erkek katılımcıların %79,10'u tedaviyi kabul edebileceğini, %20,90'ı kabul etmeyeceğini belirtmiştir, kadın katılımcıların ise %86,82'si tedaviyi kabul edebileceğini, %13,18'i kabul etmeyeceğini belirtmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Erkek katılımcıların %21,35'i dinin tedaviye izin vermeyeceğini düşündüğü, kadın katılımcıların ise %13,51'inin dinin izin vermeyeceğini düşündüğü saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Erkek katılımcıların %69,32'si infertilitenin kadına ait bir sorun olmadığını, %15,91'i bilmediğini ve %14,77'si kadına ait bir sorun olarak gördüğünü ifade etmiştir. Kadın katılımcıların %80,91'i kadına ait bir sorun olmadığını, %13,18'i bilmediğini ve %5,91'i kadına ait bir sorun olarak gördüğünü ifade etmiştir. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.21).

İnfertilitenin evliliğe etkisi olacağını; erkek katılımcıların %56,18'i, kadın katılımcıların %49,55'i düşünmüştür. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	ERKEK n=178 Sayı (Yüzde)	KADIN n=222 Sayı (Yüzde)	p
Tedavi doktor ile aile arasında sır kalmalıdır.			
Tamamen katılıyorum	44 (24,72)	61 (27,48)	
Katılıyorum	36 (20,22)	35 (15,77)	
Katılmıyorum	29 (16,29)	36 (16,22)	>0,05
Kesinlikle katılmıyorum	47 (26,40)	63 (28,38)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	22 (12,36)	27 (12,16)	
Tedavi ile doğan çocuk bunu bilmemelidir.			
Tamamen katılıyorum	34 (19,10)	30 (13,51)	
Katılıyorum	16 (8,99)	31 (13,96)	
Katılmıyorum	33 (18,54)	40 (18,02)	>0,05
Kesinlikle katılmıyorum	71 (39,89)	97 (43,69)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	24 (13,48)	24 (10,81)	
Embriyoların dondurulması			
Olumlu bakıyorum	96 (53,93)	143 (64,41)	
Uygun görmüyorum	82 (46,07)	79 (35,59)	>0,05
Yumurta bağışi			
Olumlu bakıyorum	55 (30,90)	74 (33,33)	
Uygun görmüyorum	123 (69,10)	148 (66,67)	>0,05
Sperm bağışi			
Olumlu bakıyorum	44 (24,72)	38 (17,12)	
Uygun görmüyorum	134 (75,28)	184 (82,88)	>0,05
Redüksiyon işlemi			
Olumlu bakıyorum	130 (73,03)	173 (77,93)	
Uygun görmüyorum	48 (26,97)	49 (22,07)	>0,05

Erkek katılımcıların %26,40'ı tedavinin doktor ve aile arasında sır olarak kalmasına kesinlikle katılmadığını, %24,72'si tamamen katıldığını, %20,22'si katıldığını, %16,29'u katılmadığını ve %12,36'sı bilmediğini ifade etmiştir. Kadın katılımcıların ise %28,38'i kesinlikle katılmadığını, %27,48'i tamamen katıldığını, %16,22'si katılmadığını, %15,77'si katıldığını ve %12,16'sı bilmediğini ifade

etmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4,22).

Erkek katılımcıların %39,89'u, tedavi ile doğan çocuğa bunun söylenmemesine kesinlikle katılmadığını, %19,10'u tamamen katıldığını, %18,54'ü katılmadığını, %13,48'i bilmediğini ve %8,99'u katıldığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların ise %43,69'u kesinlikle katılmadığını, %18,02'si katılmadığını, %13,96'sı katıldığını, %13,51'i tamamen katıldığını ve %10,81'i bilmediğini belirtmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Embriyo dondurulmasını erkek katılımcıların %53,93'ü olumlu, %46,07'si ise olumlu bulmamıştır. Kadın katılımcıların %64,41'i olumlu, %35,59'u olumlu bulmamıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Yumurta bağışını %69,10 erkek katılımcı uygun görmezken, %66,67 kadın katılımcı uygun görmemiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Sperm bağışını %75,28 erkek katılımcı uygun görmezken, %82,88 kadın katılımcı uygun görmemiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Redüksiyon işlemi %73,03 erkek katılımcı tarafından, %77,93 kadın katılımcı tarafından kabul görmüştür. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Katılımcıların inanışlarına göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	DİNDAR n=297 Sayı (Yüzde)	DİNDAR DEĞİL n=101 Sayı (Yüzde)	p
Tedavi doktor ile aile arasında sır kalmalıdır.			
Tamamen katılıyorum	84 (28,28)	21 (20,79)	
Katılıyorum	48 (16,16)	23 (22,77)	
Katılmıyorum	45 (15,15)	20 (19,80)	>0,05
Kesinlikle katılmıyorum	87 (29,29)	22 (21,78)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	33 (11,11)	15 (14,85)	
Tedavi ile doğan çocuk bunu bilmemelidir.			
Tamamen katılıyorum	50 (16,84)	13 (12,87)	
Katılıyorum	31 (10,44)	16 (15,84)	
Katılmıyorum	51 (17,17)	22 (21,78)	>0,05
Kesinlikle katılmıyorum	132 (44,44)	36 (35,64)	
Bilmiyorum/ fikrim yok	33 (11,11)	14 (13,86)	
Embriyoların dondurulması			
Olumlu bakıyorum	172 (57,91)	66 (65,35)	
Uygun görmüyorum	125 (42,09)	35 (34,65)	>0,05
Yumurta bağışi			
Olumlu bakıyorum	66 (22,22)	62 (61,39)	
Uygun görmüyorum	231 (77,78)	39 (38,61)	<0,05
Sperm bağışi			
Olumlu bakıyorum	39 (13,13)	43 (42,57)	
Uygun görmüyorum	258 (86,87)	58 (57,43)	<0,05
Redüksiyon işlemi			
Olumlu bakıyorum	227 (76,43)	74 (73,27)	
Uygun görmüyorum	70 (23,57)	27 (26,73)	>0,05

Dindar katılımcıların %29,29'u tedavinin doktor ile hasta arasında sır kalmasına kesinlikle katılmıyorum, %28,28'i tamamen katılıyorum, %16,16'sı katılıyorum, %15,15'i katılmıyorum ve %11,11'i bilmiyorum yanıtını vermiştir. Dindar olmayan katılımcıların ise %22,77'si katılıyorum, %21,78'i kesinlikle katılmıyorum, %20,79'u tamamen katılıyorum, %19,80'i katılmıyorum ve

%14,85'i bilmiyorum yanıtını vermiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Dindar katılımcıların %44,44'ünün tedavi sonrası dünyaya gelen çocuğun bunu bilmemesi gerektiğine kesinlikle katılmadığı, %17,17'sinin katılmadığı, %16,84'ünün tamamen katıldığı, %11,11'inin bilmediği ve %10,44'ünün katıldığı saptanmıştır. Dindar olmayan katılımcıların %35,64'ünün kesinlikle katılmadığı, %21,78'inin katılmadığı, %15,84'ünün katıldığı, %13,86'sının bilmediği ve %12,87'sinin tamamen katıldığı saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Kendini dindar tanımlayan katılımcıların %57,91'i embriyo dondurulmasına olumlu bakarken, kendini dindar olarak tanımlamayan katılımcıların %65,35'i olumlu bakmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Kendini dindar görenlerin %22,22'si yumurta bağışını olumlu bulurken, kendini dindar görmeyenlerin %61,39'u yumurta bağışını olumlu bulmuştur. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Kendini dindar tanımlayan katılımcıların %86,87'si sperm bağışını uygun görmezken, kendini dindar tanımlamayan katılımcıların %57,43'ünün uygun görmediği saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Dindar katılımcıların %76,43'ünün redüksiyon işlemini olumlu bulduğu ve %23,57'sinin uygun bulmadığı saptanmıştır. Dindar olmayan katılımcıların %73,27'sinin işlemi olumlu bulduğu ve %26,73'ünün olumlu bulmadığı saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Katılımcıların inanışlarına göre anket sorularına verdikleri cevapların yüzdeler dağılımları

DEĞİŞKENLER	DİNDAR n=297 Sayı (Yüzde)	DİNDAR DEĞİL n=101 Sayı (Yüzde)	p
İnfertilite tedavisinde “Tüp Bebeğin” ne demek olduğunu biliyor musunuz?			
Evet	191 (64,53)	53 (52,48)	
Hayır	18 (6,08)	9 (8,91)	>0,05
Çok emin değilim	87 (29,39)	39 (38,61)	
Sizin infertilite sorununuz var mı?			
Evet	14 (4,73)	3 (2,97)	
Hayır	223 (75,34)	60 (59,41)	<0,05
Bilmiyorum	59 (19,93)	38 (37,62)	
Şu ana kadar tüp bebek tedavisi gördünüz mü?			
Evet	11 (3,74)	2 (1,98)	
Hayır	283 (96,26)	99 (98,02)	>0,05
İnfertilite sorununuz olsaydı tüp bebek tedavisi kabul eder miydiniz?			
Evet	249 (84,69)	81 (80,20)	
Hayır	45 (15,31)	20 (19,80)	>0,05
Eğer tüp bebek tedavi ile bebek sahibi olsaydınız çevrenize anlatır mıydınız?			
Evet	207 (69,93)	55 (54,46)	
Hayır	40 (13,51)	18 (17,82)	<0,05
Bilmiyorum	49 (16,55)	28 (27,72)	
Sizin görüşünüze göre tüp bebek tedavisine gerek duysanız dininiz izin verir mi?			
Evet	249 (83,84)	82 (81,19)	
Hayır	48 (16,16)	19 (18,81)	>0,05
Sizce evlat edinmek tedaviden daha mı iyi?			
Evet	60 (20,27)	28 (27,72)	
Hayır	236 (79,73)	73 (72,28)	>0,05
Sizce infertilite kadına ait bir sorun mudur?			
Evet	31 (10,54)	8 (8,0)	
Hayır	231 (78,57)	68 (68,0)	<0,05
Bilmiyorum	32 (10,88)	24 (24,0)	

Dindar katılımcıların %64,53'ünün tüp bebeğin ne anlama geldiğini bildiği, %29,39'unun çok emin olmadığı, %6,08'inin bilmediği saptanmıştır. Dindar

olmayan katılımcıların %52,48'inin bildiği, %38,61'inin çok emin olmadığı ve %8,91'inin bilmediği saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Dindar katılımcıların 14 (%4,73)'ünün infertil olduğu, %75,34'ünün fertil olduğu ve %19,93'ünün bilmediği saptanmıştır. Dindar olmayan katılımcıların 3 (%2,97)'ünün infertil olduğu, %59,41'inin fertil olduğu ve %37,62'sinin bilmediği saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Dindar olanların 11 (%3,74)'inin tüp bebek tedavisi gördüğü ve dindar olmayanların 3 (%1,98)'ünün tedavi gördüğü saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Kendini dindar görenlerin %78,57'si infertilitenin kadına ait bir sorun olmadığını düşündüğü, kendini dindar görmeyenlerin %68'inin kadına ait bir sorun olmadığını düşündüğü saptanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.24).

Kendini dindar tanımlayan gurubun %27,95'i infertilitenin evliliğe etki etmeyeceğini düşündüğü ve kendini dindar tanımlamayan gurubun %33,66'sının infertilitenin evliliğe etki etmeyeceğini düşündüğü saptanmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

V. TARTIŞMA

Üreme kararını çiftler beraber alırlar ancak IVF yöntemi ile bebeğe sahip olma durumu toplumun genel ahlaki, dinsel yapısı ve yasalar tarafından belirlenir. Yasalar etik ve ahlaki temel değerlere bağlı olduğu kadar toplumun dini, sosyokültürel kurallarına da bağlıdır. Bu yasaların yardımcı üreme tedavilerine koyduğu sınırlamalar, gerekli başvurular ve toplumun eğitimi olmadan değiştirilemez. Böylesi kuralları tekrar yazmak için toplumun tutumu tekrar gözden geçirilmelidir. Bu nedenle biz Türk toplumunun tutumunu ele aldık (53).

Bizim çalışmamızda tüm bireyler araştırmaya katılmayı istediler. Çalışma grubunun %55,5'ini 222 kadın ve %44,5'ini 178 erkek katılımcı olmak üzere toplam 400 kişi oluşturdu. Işıkoğlu'nun ve arkadaşlarının Antalya merkezli yumurta bağışına Türk toplumunun bakışı hakkında 400 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada ise, çalışma grubunu %58'ini 232 kadın ve %48'ini 168 erkek katılımcı oluşturmaktadır (56). Katılımcıların cinsiyet yüzdelerinin bizim çalışmamızla paralellik göstermesi sonuçların karşılaştırmalı yorumlanmasında önemlidir.

Katılımcıların medeni hallerine göre yüzdeler dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %71,1'inin evli, %20,8'inin bekar, %8,1'inin boşanmış olduğu saptanmıştır. Evli katılımcıların fazla olması, infertilitenin toplumda yaşatacağı sıkıntıları anlamaları ve infertil çiftlerle empati kurabilmeleri açısından önemlidir.

Katılımcıların 83 (%20,80)'ünün bekar olduğu görülmektedir. Üreme çağında olmaları nedeniyle anket sorularının çoğuna yanıt verebilecekleri düşünülmüş ancak evli olmamaları bazı sorulara yorum yapmalarını etkilemiş olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %63,3'ünün lise-üniversite, %34,40'ının ilkökul-ortaokul ve %2,5'inin okur-yazar olmadığı görülmektedir. Eğitim seviyesinin yüksek olması sunulan anket sorularının katılımcılar tarafından daha kolay algılanabilmesi açısından önemlidir.

Katılımcıların %64,2'sinin çocuk sahibi olduğu, %35,8'inin çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar Işıkoğlu ve arkadaşlarının çalışmasıyla birebir

uyum göstermektedir (56). Evli ve çocuk sahibi olmayan %6,9'luk katılımcı infertilite risk grubu içinde olabilir.

Katılımcıların %74,8'inin kendini dindar gördüğü, %25,2'sinin kendisini dindar görmediği saptanmıştır. Işıkoğlu ve arkadaşlarının bulgularında bu oran katılımcıların %65'inin kendilerini müslüman olarak gördüğü saptanmıştır (56). Türkiye'nin nüfusunun neredeyse %98'i müslümandır (<http://www.die.gov.tr/ENGLISH/index.html>). Bu farklılık anketin Antalya merkezli yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Antalya, turizm alanında ve sanayi alanında insanlara cazip iş imkanları sunması nedeniyle en çok göç alan bir şehirlerimizdendir.

Katılımcıların %61,2'sinin tedavinin ne anlama geldiğini bildiği saptanmıştır. Tüp bebek ülkemizde son yıllarda iyice yaygınlaşmaya başlamıştır. Eğitim düzeyinin artışı insanların yeni tedavi yöntemlerini araştırmalarını ve kabullenmelerini de beraberinde getirmiştir.

Katılımcıların %16'sının çevresinde tüp bebek tedavisi gören yakınlarının olduğu saptanmıştır. İnfertilite eskiden saklanılacak, utanılacak bir sorun olarak görülmekteydi ve gizlenmekteydi. Eğitim seviyesinin artmasıyla insanlar tedaviye yöneliyor ve çevrelerine de anlatarak destek alıyor olabilir.

Katılımcıların 17 (%4,4)'sinin infertil olduğu ve bunların 13 (%76,47)'ünün tedavi gördüğü saptanmıştır. Artık insanlar kaderlerine boyun eğmiyor ve teknolojinin getirdiği yeniliklerden faydalanmaya yöneliyor olabilir.

Katılımcıların infertilite sorunu yaşadıkları takdirde tüp bebek tedavisini kabul etmelerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %16,62'nin hayır, %83,38'nin evet cevabı verdiği görülmektedir. Sonuçlarımız YÜT kabulünün yüksek seviyede olduğunu gösterdi. Işıkoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sadece 61 (%15.25) katılımcı YÜT tamamen karşı olduğu saptanmış (56). Kadın ve erkeklerin olumlu tutum sergilemesine rağmen erkeklerin kadınlardan daha ılımlı olduğu görülmüş. Bu bulgu cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında daha önce yapılmış çalışmalarla benzer bulunmuş. Kazem ve arkadaşlarının çalışmasının bulguları ile zıtlık göstermesinin nedeni o çalışmanın infertil çiftler üzerinde yapılmış olması katılımcıların görüşlerini etkilemiş olabilir (62).

Tüp bebek tedavisi ile çocuk sahibi oldukları takdirde çevrelerine tedaviyi söylemelerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %65,8'inin evet cevabını

verdiği saptanmıştır. Hayır ve bilmiyorum yanıtı, katılımcıların bekar veya eğitim düzeylerinin yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların dinin tüp bebek tedavisine izin verip vermeyeceği konusundaki düşüncelerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %83'ünün evet, %17'sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Çoğunluğu müslüman bir toplumun etik açıdan tartışmalı bir konu olan tüp bebek tedavisine yüksek oranda olumlu yaklaşımları da dinen bakışın, toplumsal bakıştan daha esnek görüldüğünü ortaya koyuyor olabilir.

Katılımcıların tüp bebek tedavisi yerine evlat edinmeye bakışları incelendiğinde; %22,3'ünün evet cevabını verdiği görülmektedir. Bu sonuç tedaviyi bilmeyen katılımcıların %38,80'inden gelmiş olabilir. Toplumumuzun yanlış bilgilendirilmesi veya eskiden beri ülkemizde var olan kan bağı olan kişilerin çocuklarından birinin evlat edinilerek mal paylaşımının azalması düşüncesiyle tedaviye yönelmeyi reddetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların infertilitenin kadına ait bir sorun olmasına bakışlarına baktığımızda %75'inin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Guz'un infertilitenin kadınlar üzerine etkisini araştıran çalışmasında, Türkiye de kadınların sosyal statüsü, itibarları ve kendine güvenleri kadının üreme potansiyeli ile yakından ilgilidir. Güçlü aile bağları olan Türk toplumu içerisinde infertil çiftler sosyal baskıya maruz kalmaktadır. Bu da infertil çiftlerde çocuk sahibi olamama nedeniyle yetersizlik ve değersizlik duygusu oluşturmaktadır. Bu sosyal baskı infertil çiftlerde düşük benlik saygısı, üzüntü, depresyon, sorunlu evlilik ve somatik semptomlar gibi belli başlı psikolojik semptomları da ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca bu sosyal suçluluk boşanmaya ya da ikinci bir eş almaya bile yol açabildiğini ortaya koyan bir çalışma da mevcut . Bu çalışmada infertil kadınların %10 u eşlerinden olumsuz tepkiler aldığını, %26 sı da eşlerinin ailelerinden olumsuz tepki aldığını belirtti (60).

Katılımcıların %52,5'i infertilitenin evlilik ilişkilerini etkileyeceğini düşünmüştür. Aile bağları çok kuvvetli olan Türk toplumu, aileyi tasvir ederken anne baba ve çocuklardan oluşan toplumun en küçük topluluğu kelimelerini kullanır. Toplumsal olarak aile ve çocuk hep bir arada düşünülür (3, 42). Bu yanıtlar da bu toplumsal düşünceyi bize yansıtması açısından önemlidir.

Katılımcıların tüp bebek yöntemi ile doğan ve doğal yolla doğan bebek arasında fark görmelerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %70,8'inin

hayır, %22,5'inin yorum yok ve %6,7'sinin evet cevabını verdiği saptanmıştır. Işıkoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %47 oranında farklı buldukları, %40 oranında yorum yapmadıkları ve %13 oranında fark olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Bu sonuçlar da bize toplumumuzun eğitim seviyesinin yükselmesiyle değişen düşünce ve inanış farkını göstermesi açısından önemlidir.

Katılımcıların tüp bebek tedavisinin eşler ve doktor arasında gizli kalmalıdır sorusuna cevaplarına göre dağılımları incelendiğinde; %27,5'inin kesinlikle katılmıyorum, %26,3'ünün tamamen katılıyorum, %17,8'inin katılıyorum, %16,3'ünün katılmıyorum, %12,3'ünün bilmiyorum/fikrim yok cevabını verdiği görülmektedir. Bu cevaplarla katılımcıların dörtte birlik kısmının tüp bebek tedavisinin gizli kalmasını istediği saptanmıştır. Bu da toplumun aileler üzerinde oluşturduğu psikolojik baskıyı bize göstermesi açısından önemlidir.

Katılımcıların tüp bebek tedavisiyle dünyaya gelen çocuğa tedavinin söylenmemesine bakışlarına göre yüzdeler dağılımları incelendiğinde; %42,0'ının kesinlikle katılmıyorum, %18,3'ünün katılmıyorum, %16,0'ının tamamen katılıyorum, %12,0'ının bilmiyorum/fikrim yok, %11,8'inin katılıyorum cevabını verdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar da da görüldüğü üzere kişilerin bilgi düzeylerinin yetersiz olmasından dolayı infertilite, çocuktan gizlenmesi gereken bir durum olarak görülmektedir.

Katılımcıların yumurta bağışına bakışlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %67,8'inin uygun değil, %32,2'sinin uygun cevabını verdiği görülmektedir. Işıkoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında %82'lik oranda kadın ve erkek katılımcılar tarafında yumurta bağışısı kabul görmüştür (56). İki çalışmanın sonuçları arasındaki bu farklılık, onların çalışmasında infertil çiftin daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların sperm bağışına bakışlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %79,5'inin uygun değil, %20,5'inin uygun cevabını verdiği görülmektedir. Aile bütünlüğünü tehlikeye düşürecek bir durum olarak görülmüş olabilir. Çiftin dışındaki birinden alınan materyal ile doğan bebeği baba ne kaar sahiplenebilir. Yumurta bağışında bu durum biraz daha farklıdır. Materyal alınıyor ama onu kadın doğuma kadar karnında taşıyor va onu doğuruyor. Kur'an da "çocuğun annesi onu doğurandan başkası değildir" buyrulmuştur (37).

Çalışmaya Ahatlı'dan %46,1 kadın ve %52,3 erkek, Bahçeli'den %53,9 kadın ve %47,7 erkek katılımcı olduğu saptanmıştır. İki mahalledeki kadın ve erkekler arasında sayısal olarak farkın az olması sonuçların homojen dağılımında etkili olabilir.

Çalışmaya iştirak eden kişilerin yaşadıkları mahalleler ve kendilerini dindar görmeleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Ahatlı'da oturan katılımcıların %90,4'ü, Bahçeli'de yaşayan katılımcıların %59'u kendini dindar olarak tanımlamıştır. Sosyoekonomik bakımdan zayıf olan Ahatlı'da yaşayan kişilerin dini inançlarının Bahçeli'dekilerden daha kuvvetli olduğu saptanmıştır. Ülkemizde kırsal kesimde yaşayan insanlar gelenek, görenek ve dinlerine daha bağlı olduğu düşünülebilir.

Katılımcılardan Bahçeli'deki katılımcıların eğitim seviyesinin Ahatlı'dakilerden daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara bakılınca sosyoekonomik açıdan yüksek olan mahallede yaşayan kişilerin eğitim düzeylerinin, sosyoekonomik açıdan zayıf olan mahallede yaşayanlardan daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Katılımcıların yaşadıkları mahalleler ile tüp bebek tedavisinin anlamını bilmeleri arasındaki ilişki incelendiğinde Bahçeli'deki katılımcıların tüp bebek hakkında ahatlıdakilerden daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Bahçeli'de oturan katılımcıların tüp bebek tedavisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, eğitim seviyelerinin yüksek olmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları mahalleler ile eğer tüp bebek tedavisi ile bir çocuğunuz olsaydı, bunu yakın arkadaşlarınıza veya ailenizin diğer bireyelerine söyler miydiniz? Sorusu arasındaki ilişki incelendiğinde; Ahatlı'daki katılımcıların %82,23'ünün evet, %8,12'sinin hayır ve %9,64'ünün bilmiyorum, Bahçeli'deki katılımcıların %49,50'sinin evet, %20,79'unun hayır ve %29,70'inin bilmiyorum yanıtını verdiği saptanmıştır. Toplumumuz hala tüp bebek tedavisini şaibeli bir tedavi olarak görüyor olabilir. Dünya tarafından kabul görüp uygulanan bir yöntem olan YÜT gerek dinen gerekse eğitim eksikliğinden dolayı tüp bebek tedavisi bazı kesimler tarafından sanki bir eksiklik gibi görülmektedir, bu nedenle halkımız tarafından benimsenememiş olabilir. İki mahalle arasındaki fark ise eğitilmiş olan bireyelerin daha kabullenici olduğunu bize göstermektedir.

Katılımcıların yaşadıkları mahalleler ile tüp bebek tedavisine ihtiyaç duysaydınız buna dininiz izin verir mi? Sorusu arasındaki ilişki incelendiğinde; Ahatlı'dakilerin tamamına yakınının dinin izin vereceğini düşündüğü saptanmıştır. Dini kurallar katılımcılar tarafından daha esnek görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları mahalleler ile eğer çocuğunuz olmasaydı, bunun evlilik ilişkinize etkisi olacağını düşünür müsünüz? sorusu arasındaki ilişki incelendiğinde; İki ayrı mahalledeki sonuçların da örtüştüğü saptanmıştır. Türk toplumunda aile yapısı içinde çocuk sahibi olmak aile olmanın bir göstergesidir (52). Bu sonuç Türk toplumundaki psikososyal yapısından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılanların yaşadıkları mahalleler ile sizce tüp bebek tedavisi ile oluşan bebek ile doğal yolla olan bebek arasında fark var mıdır? sorusu arasındaki ilişki incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunun farklı görmediği saptanmıştır .

Araştırmadaki kişilerin cinsiyetleri ile katılımcıların infertiliteyi kadına ait bir sorun olarak görmeleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlarda dikkat çeken erkeklerin daha çok hayır cevabı vermesidir. Bunu da toplumun eğitim seviyesinin yükselmesine bağlayabiliriz.

Kadın ve erkeklerin olumlu tutum sergilemesine rağmen erkekler kadınlardan daha ılımlıydı. Bu bulgu cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında daha önce yapılmış çalışmalarla benzerdi. Kazem'in çalışmasının bulguları ile zıtlık göstermesinin nedeni o çalışmanın infertil çiftler üzerinde yapılmış olması katılımcıların görüşlerini etkilemiş olabilir (62).

Türkiye de kadınların sosyal statüsü, itibarları ve kendine güvenleri kadının üreme potansiyeli ile yakından ilgilidir. Güçlü aile bağları olan Türk toplumu içerisinde infertil çiftler sosyal baskıya maruz kalmaktadır. Bu da infertil çiftlerde çocuk sahibi olamama nedeniyle yetersizlik ve değersizlik duygusu oluşturmaktadır. Bu sosyal baskı infertil çiftlerde düşük benlik saygısı, üzüntü, depresyon, sorunlu evlilik ve somatik semptomlar gibi belli başlı psikolojik semptomları da ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca bu sosyal suçluluk boşanmaya ya da ikinci bir eş almaya bile yol açabildiğini ortaya koyan bir çalışma da mevcut bulunmaktadır (60). Işıkoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında infertil kadınların %10'u eşlerinden olumsuz tepkiler aldığını, %26 sı da eşlerinin ailelerinden olumsuz tepki aldığını belirtti.

Türkiye nin nüfusunun neredeyse %98 i müslümandır. Türkiye laik bir ülke olduğu için din ve devlet kuralları birbirinden ayrıdır. Yasal uygulamalar YÜT etkilemektedir. Donör tedavileri yasalarca kesinlikle yasaklandı ve in vitro fertilizasyon sadece evli çiftelere uygulanabiliyor. Bu yasalar hükümetlerin oluşturduğu komiteler tarafından yardımcı üreme tedavisine ihtiyaç duyan çiftler düşünülmeden oluşturulmuştur. Komitenin kararlarında iki ana korku etkili oluyor. Birincisi yeni teknolojinin anlaşılabilmesi, ikincisi de baskın Müslüman kültürün dinsel inancı (52).

ART nin tartışmalı ve dinsel bir konu olduğunu belirten edebi eserler vardır, fakat bu çalışmaların çoğu nüfus tabanlı değildir ya da çok küçük gruplar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle sonuçları tartışmaya açıktır. Bizim çalışmamız direk halk görüşünü yansıttığı için onlarınkinden ayrılır. Yaptığımız çalışmaya katılanların yarısından daha azı ihtiyaç duyduklarında dinlerinin ART ne izin vermeyeceğini düşündüğü ortaya çıktı. Bu sonuç islamın ART nin kabul edilemez olduğunu belirten fikirle çelişiyor.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tüm bireyler araştırmaya katılmayı istediler. Çalışma grubunu 222 (%55,5) kadın ve 178 (%44,5) erkek olmak üzere toplam 400 kişi oluşturdu. Kadınların yaş ortalaması 34.08 ± 10.97 ve erkeklerin yaş ortalaması 34.19 ± 12.15 çıktı. Bütün katılımcılar müslümandı. Kadınların 192 (%57,8) erkeklerin 140 (%42,2) luk kısmı kendini dinin izin vereğini düşünüyordu.

Bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan sorular verilen cevapların yüzdelere göre Tablo 20'de oluşturulmuştur. Çoğu katılımcı YÜT hakkında yeterli bilgiye sahip değildi. Kadınlar ve erkekler arasında YÜT bilgi düzeyi arasında fark yoktu. YÜT bilgi düzeyi eğitim seviyesine göre analiz edildiğinde yüksek eğitim seviyesinin yüksek bilgiyle eşleştiği görüldü. Üniversite mezunları okur yazar olmayan grupla karşılaştırıldığında üniversite mezunlarının YÜT bilgi düzeyi 44.5 kat daha fazla olduğu ortaya çıktı . Sadece 18 (%4,5) katılımcının tüp bebek tedavisi gördüğü rapor edildi.

Çoğu kadın ve erkek eğer YÜT yardımıyla çocuk sahibi olsaydı akraba ve arkadaşlarına anlatabileceklerini söyledi. Bu soruya kadınların ve erkeklerin verdiği cevaplar arasında çok fark yoktu. Kadınların yarısından çoğu ve erkeklerin üçte ikisi YÜT dinlerinin izin vereceğini düşünüyorlardı. Kadınlardan çok erkek katılımcılar buna sıcak bakıyordu ($p<0.05$). Katılımcıların yarısından çoğu YÜT yardımıyla bebek sahibi olmanın evlat edinmekten daha iyi bir seçene olduğunu düşünüyordu. Kadınlar ve erkeklerin bu konudaki düşünceleri arasında fark yoktu. Hem kadınlar hem erkekler infertilitenin sadece kadına ait bir sorun olmadığı konusunda hemfikirlerdi. Erkeklerin ve kadınların neredeyse yarısı çocuk sahibi olamamanın eşleriyle olan ilişkilerini etkilediğini düşünüyordu. Bu çocuk sahibi olamama konusunda erkeklerin ve kadınların cevapları benzerdi. Katılımcıların büyük çoğunluğu eğer çiftlerin YÜT ile bebek sahibi olmaları gerekirse çocuğun bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyordu. Katılımcıların çoğu genetiğin bizim üzerimizde büyük etkisinin olduğunu ancak nasıl yetiştirildiğimizin daha önemli olduğunu düşünüyordu. Erkeklerin cevapları buna daha çok inandıklarını gösteriyordu ($p<0.05$).

VII. KAYNAKLAR

1. Asena, A. (1998) Nms Kadın Hastalıkları Ve Doğum, İstanbul Nobel Kitabevi,; 359-364.
2. Çolgar V. (1998) İn Vitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transferi, *Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi*, 2: 73-81.
3. Akyüz, A.(2001) Ivf Tedavisinin Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
4. Ak, G.(2001) İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları Ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi İzmir.
5. Temizel N.(1990) Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi Ivf-Et Merkezine Başvuran Kadınlarda Durum Saptaması, *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, İzmir, Sf: 801-808.
6. Scherrod R. A.(1998), Coping With Infertility A Personal Perspective Turned Professional Mcn, 13: 191-194.
7. Şirin A.(1998), Tüp Bebek(Ivf-Et) Uygulaması İçin Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Hemşirelerden Beklentileri Üzerine Bir İnceleme, *İ.Ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4,4: 27-34.
8. Valentin D. P.(1986), Pschological Impact Of Infertilty Identifying Issues And Needs Social Work İn Health Care, 11(4):61-68.

9. Vural B., Yücesoy İ., Erk A., Karabacak O.(1999), Yardımla Üreme Teknikleri, *Sendrom*, Aralık, 46-53.
10. Gürsavaş N.(2000), Eşlerin İnfertiliteye Karşı Tepkileri, *I. Ulusal Ana Ve Çocuk Sağlığı Sempozyumu 6-7 Eylül*, İstanbul Ss:269-273.
11. Davis D. C., Dearman C. N.(1991)., Coping Strategies Of İnfertil Women, *Jognn* ;20(3):221-228.
12. Hirsch, M.A. Hirsch, M.S.(1995), The Long-Term Psychosocial Effectes Of İnfertility, *Jognn*, 24,6, July/August, 517-522.
13. Kavlak O.(1999), İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınlanmış Doktora Tezi.
14. Golombok S.(1992), Psychological Functioning İn İnfertility Patients *Human Reproduction* , 7(2): 208-212.
15. Tanır, Bozdemir, N., Tincer, A., (Eds).(1994) Ç.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.B.D., İnfertilite Polikliniğine Başvuran Kadınların Özellikleri, *IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Didim , 57-60.
16. Rainsbury P. A., Viniker D. A.(1998), Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar, Çeviren Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Levent Atabeyoğlu , Atlas Kitapçılık; 279-293.
17. Urman B.(1997), Yardımcı üreme teknolojisinde Olgu Seçimi Ve Uygulama Endikasyonları, *Obstetri Ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi*, Aralık, Cilt:1 Sf: 311-323.

18. Türkoğlu D., Tamam L., Evlice Y.E(1997), Kısırlığın Psikiyatrik Yönleri, *Düşünen Adam*, 104:48-54.
19. Yıldırım M.(1992), Klinik Jinekoloji, Ankara, 68-89.
20. Terzioğlu F., Sandak F., Kılıç S.(2001), Yardımcı üreme teknolojisine Katılan Çifflerin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, *II.Ulusal Klinisyen Hemşireler Ve Ebeler Kongresi* .Antalya.
21. Doğan M., Terazi A.(1990), İnfertilite Hemşireliğine Giriş Ve İnfertilite Polikliniği Hizmetleri, *Thd*, Cilt:39:4.
22. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı(1997), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 251-262.
23. Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı.(1995), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başkan Ayşe Akın Dervişoğlu, Nobel Tıp Kitapları.
24. Dervişoğlu A. A.(1990), Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım, Ankara, 139-165.
25. Gürkan T., Demirel A.(2001), İnfertiliteye Genel Bakış, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı* Cilt:6 Sayı:1 Ocak-Şubat :52-55.
26. Günalp S., Erçakmak S.(1998), Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Tedavi, Ankara :210- 215.
27. Işık A. Z., Vicdan K.(2003), Klinik Jinekoloji Ve Endokrinoloji El Kitabı, 431-469.

28. Bourgeois F. J., Mullin, P. A., Veljoh D. S.(1997), Obstetrics And Gynecology Recall, Usa, Waverly Company; 330-351.
29. Şirin A.(2001), Tüp Bebek Uygulaması Ve Bu Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım, İzmir.
30. Şirin A.(Eds).(2002). *Kadın Hastalıkları Ve Hemşireliği Ders Notları*, İzmir Sf: 355-364.
31. Akerer,B.(2003), 15-49 Yaş Kadınların Jinekolojik Muayene Öncesi Anksiyete Durumlarının İncelenmesi, *Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi*, İzmir.
32. Reeder S. J., Martin L. L., Koıak- Grifin D.(1997) Maternity Nursing Family, *Newborn Eighteenrh Edition*, Lippincoot Company,; 319-338.
33. Yıldırım M.(2000), Klinik İnfertilite, Ankara: 31-39; 299-306.
34. Akyüz, A., İnanç, N.(1998), İn Vitro Fertilizasyon Uygulamasında Hemşirelik, *Sendrom*, Mart,128-131.
35. Aile Planlaması Klınik Uygulama El Kitabı(1997), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 251-262.
36. Aile Planlaması Klınik Uygulama El Kitabı(1995), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başkan Ayşe Akın Dervişoğlu, Nobel Tıp Kitapları.
37. Seyisoğlu H., Erel T.C. İrez T., Eren T., Ertüngealp E.(1995), İnfertil Kadınlarda Antisperm Antikorunun Klinik Değeri, *Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi*, 9:41-45.

38. Genç Hekimler(1996), *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, Ankara 365-372.
39. Pernol, M., Bernol, B. J.(2002), *Obstetri Ve Jinekoloji El Kitabı*, Çeviri Editörü Prof. Dr. Ali Ayhan Ankara Hacettepe Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı.
40. İbrahimioğlu L., Yüksel A., Alkış R., Ermiş H., Deniz Y.(1989), İnfertilite Olgularında Genital Tüberkülozun Yeri, *Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi*, 3:38-41.
41. Ünal M. T., Sağlam K., Kutlu M.(1992), İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi, *Jama Özel Eki Haziran*; 24-29.
42. Oral, E., İrez, T.(1995), Erkek İnfertilitesinde Sperm Fizyolojisi Ve Analizi, *Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi*;9:131-140.
43. Zeyneloğlu, H.B.(1993) IVF-ET İçin Prognostik Faktörler. H.Ü. Tıp Fakültesi,Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Ankara.
44. Atasü, T., Karacan, M.(1997), İn Vitro Fertilizasyon Mu, İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu Mu?, *Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi*; 11:68-73.
45. Jirka J., Schuettfoxall M. J.(1996), Lonelines And Social Support İn İnfertil Couples *Jognn*; 25(1)55-59.
46. Jhonson C. L.(1996), Self Esteem: Strategies And İvention For The İnfertil Women, *Jognn* : 25(4)291-295.
47. Terzioğlu F.(1998), YÜTne Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi Ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin

İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara.

48. İdil M.(1997), Yardımla Üreme Yöntemleri Ve Gift, *Obstetri Ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi* Cilt:1(3, 4) Aralık :303-310.

49. Turan C., Gökmen O., Doğan M., Keleşg., Uygun M., Çelikkat H., Oral H.(1998), Icsı Ve Ivf Gebeliklerinde Gebelik Kaybı Oranları, *Jinekoloji Ve Obstetride Yeni Görüş Ve Gelişmeler*, (10); 1: 62-64.

50. Milliard S.(1991)., Emotional Respos To İnfertility Understanding Patiens Need Aorn *Journal*;54(2)301-303.

51. The American Fertility Coping With İnfertility A Guide For Patients; Alabama, 1992.

52. Mennig B.E.(1982), Psychosocial Impact Of İnfertility Nursing Clinics Of North America;17(1):155-163

53. Rainsbury P. A., Viniker D. A.(1998), Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar, Çeviren Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Levent Atabeyoğlu , Atlas Kitapçılık;;279-293.

54. Gorrie T.M. Mc Kinney E.S. Murray S.S.(1998), Foundations Of Maternal-Newborn Nursing Usa: Sekond Edition, *Sounders Company*;;903-924.

55. Schoner C. J., Krysa L. W.(1996), Comfort And Discomfort Of İnfertility, *Jognn*;25(2):167-172.

56. M.Isikoglu, Y.Senol, M.Berkkanoglu, K.Ozgun, L.Donmez and A.Stones-Abbasi (2005), Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a

secular population among the Islamic world. *Gynecology And Obstetric Investigation*;43: 171-177.

57. Dhillan R., Cumming C.E., Cumming D. C.(2000), Psychological Well-Being And Coping Patterns İn İnfertil Men, *Fertility And Sterlity*,747(2) 702-706.

58. Dalaner H.(2000), İnseminasyon Uygulanacak Kadına İnseminasyon Öncesi Ve Sonrası Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.

59. Fogel C L; Wodds N. F.(1981), Health Care Of Women A Nursing Perspective Toronto: *The C. Mosby Company*:279-283.

60. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F and Yanik A (2003) Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 24,267–271.

61. Kazem R, Thompson LA, Hamilton MP and Templeton A (1995) Current attitudes towards oocyte donation among men and women. *Hum Reprod* 10,1543–1548.

62. Serour GI and Omran AR (1992) Ethical guidelines for human reproduction research in the Muslim world. The International Islamic Center for Bioethics,*Population Studies and Research* 2,29–31.

63. Steptoe PC and Edwards RG (1978) Birth after the reimplantation of human embryo. *Lancet* 2,366.

EK-1

TÜP BEBEK ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Lütfen Formu Doldurmadan Önce Giriş Bölümünü Okuyunuz

Çiftlerin birlikteliğinde genellikle doğal olarak çocuk sahibi olunmaktadır. Fakat maalesef her beş çiftin birinde bu gerçekleşmemekte ve o çift infertil olarak adlandırılmaktadır. Eğer 1 yıl boyunca korunma yöntemi uygulamadan düzenli ilişki ile gebelik gerçekleşmemişse ya da canlı doğumla sonuçlanan gebelik olmamışsa o çifte infertil denmektedir. İnfertilite genel anlamda gebelik oluşma potansiyelinde **AZALMA** anlamına gelmektedir.

Tüp bebek olarak da bilinen yardımcı üreme yöntemleri infertilitenin tedavisinde etkin bir yöntemdir. Bu tedavi şu şekilde yapılmaktadır:

İnfertil çift değerlendirildikten sonra bayana uygulanan yumurta geliştirici iğnelerle çok sayıda yumurta gelişmesi sağlanır. Daha sonra bayanın eşinden alınan sperm ile bayandan alınan yumurta kullanılarak laboratuvarında tüp bebek işlemi (İn Vitro Fertilizasyon) yapılır. Yumurtalar infertil kadının eşinden alınan spermle laboratuvarında döllendikten sonra oluşan embriyolar infertil kadının rahmi içine yerleştirilmektedir. Burada gelişen embriyolar bebeğin doğmasıyla sonuca ulaşmaktadır.

Tüp bebek tedavisi ile gebelik oranları yüksektir.

Bu bilgilerin ışığı altında Tüp Bebek ile ilgili görüşleriniz nasıldır?

BÖLÜM 1.

Cinsiyet:

- 1-) Erkek
- 2-) Kadın

Doğum Tarihi sadece yıl olarak (.....)

(örneğin:1983)

Medeni Hali:

- 1-) Bekar
- 2-) Evli (Partnerle birlikte yaşayan)
- 3-) Boşanmış

Şu anda (veya önceki evliliğinizden) çocuğunuz var mı?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

Kendinizi dindar bir insan olarak tanımlayabilir misiniz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

Eğitim Düzeyiniz:

- 1-) Okur Yazar Değil
- 2-) Okur Yazar
- 3-) İlkokul
- 4-) Ortaokul
- 5-) Lise
- 6-) Üniversite

BÖLÜM 2.

İnfertilite tedavisinde “Tüp Bebeğin” ne demek olduğunu biliyor musunuz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Çok emin değilim

Yakın çevrenizden birileri şu ana kadar tüp bebek tedavisi gördü mü?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Sizin kendinizin infertilite sorunuz var mı?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Siz şu ana kadar tüp bebek tedavisi gördünüz mü?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

İnfertilite sorunuz olsaydı siz tüp bebek tedavisini kabul eder miydiniz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Eğer tüp bebek tedavisi ile bir çocuğunuz olsaydı, bunu yakın arkadaşlarınıza veya ailenizin diğer bireyelerine söyler miydiniz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Sizin görüşünüze göre tüp bebek tedavisine gerek duysanız dininiz buna izin verir mi?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Sizece tüp bebek ile çocuk sahibi olmayı denemektense evlatlık edinmek daha mı iyidir?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

İnfertilitenin kadına ait bir sorun olduğunu mu düşünüyorsunuz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

Eğer çocuğunuz olmasaydı, bunun evlilik ilişkinize etkisi olacağını düşünür müsünüz? (Eğer evli değilseniz sadece varsayımda bulununuz)

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Yorum Yok

Sizece tüp bebek tedavisi ile oluşan bebek ile doğal yolla olan bebek arasında fark var mıdır?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Yorum yok

BÖLÜM 3.

“Eğer insanların tüp bebek tedavisine ihtiyacı varsa, bu tedavi eşler ve doktor arasında kalmalıdır”.

- 1-) Tamamen katılıyorum
- 2-) Katılıyorum
- 3-) Katılmıyorum
- 4-) Kesinlikle Katılmıyorum
- 5-) Bilmiyorum/fikrim yok

“Bir çocuk tüp bebek tedavisi ile doğduğunu asla bilmemelidir”.

- 1-) Tamamen katılıyorum
- 2-) Katılıyorum
- 3-) Katılmıyorum
- 4-) Kesinlikle Katılmıyorum
- 5-) Bilmiyorum/fikrim yok

BÖLÜM 4.

Tüp bebek tedavisi ile oluşan fazla embriyoların dondurularak saklanması ve daha sonra ikinci bir gebelik istediğinde ya da ilk tedavide sonuç alınmazsa çözümlenerek kullanılmasına nasıl bakıyorsunuz?

- 1-) Olumlu bakıyorum
- 2-) Uygun görmüyorum

Yumurtalıkları çalışmayan bayanlarda (kader tedavisi, erken menopoz gibi nedenlerle) yumurta bağıışı ile tüp bebek tedavisi (başka bir bayandan alınan yumurtanın kullanılması) yapılmasına nasıl bakıyorsunuz?

- 1-) Olumlu bakıyorum
- 2-) Uygun görmüyorum

Erkeklerde sperm hücresinin bulunamaması durumunda sperm bağı (başka bir kişinin spermi kullanılarak) ile tüp bebek tedavisi yapılması nasıl bakıyorsunuz?

- 1-) Olumlu bakıyorum
- 2-) Uygun görmüyorum

Tüp bebek tedavisi ile üçüz veya daha fazla bebek oluşursa anne ve bebek sağlığının tehlikeye girmemesi amacıyla bebeklerden bir veya daha fazlasının alınması işlemine nasıl bakıyorsunuz?

- 1-) Olumlu bakıyorum
- 2-) Uygun görmüyorum

