

İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar

Psychosocial Problems during Infertility Treatment

Nurcan Kırca, Türkan Pasinlioğlu

ÖZET

İnfertilite, eşlerin her ikisi için genellikle psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık, durumsal bir krizdir. İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve maddi etkileri vardır. İnfertil çiftler toplumsal olarak büyük bir baskı altındadırlar ve problemin çok özel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duymaktadırlar. Gebelik konusundaki sorunları ailesi ve yakınlarıyla paylaşmamak infertil kişileri desteksiz bırakmaktadır. Çiftler infertilite deneyimlerini, yaşamlarının en stresli deneyimi olarak tanımlamaktadırlar.

Anahar Sözcükler: İnfertilite, psikososyal sorunlar, yardımcı üreme teknikleri.

ABSTRACT

Infertility is a complex situation crisis which is often psychologically-threatening and emotionally stressful for both partners as well as economically expensive and causes physical pain due to the operations performed for diagnosis and treatment purposes. Infertility has physical, psychological, social, emotional and financial impacts. Infertile couples are under a great social pressure, and need to conceal the problem as it is exceptionally private for them. Infertile individuals are destitute of support when they do not share their pregnancy problems with their families and relatives. Couples define their infertility experience as the most stressful experience of their lives.

Keywords: Infertility, psychosocial problems, assisted reproductive techniques.

İnfertilite ünitesindeki sağlık çalışanlarından bireylerin psikososyal gereksinimlerini fark edebilecek ve gerektiğinde bireyler için psikososyal destek talep edebilecek düzeyde bir bilgiye sahip olması beklenir. Sağlık çalışanları

infertil bireylerin ve çiftlerin psikososyal gereksinimlerini tespiti konusunda yetersiz kalabilmektedir.[1]

İnfertilite ünitesinde çalışan sağlık personeli için infertil bireylerin psikososyal gereksinimlerinin farkındalığını artırmaya yönelik ve terapötik görüşme teknikleriyle ilgili hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi kaçınılmazdır. Psikolojik tedavi ve bakım gereksinimini belirlemek için tanı ve tedavinin ilk aşamasında bulunan infertil bireylerin tümüne uygulanacak standart bir psikolojik tarama testlerinin geliştirilip uygulanması bu sürecin diğer bir adımını oluşturabilir. İnfertilite ünitesindeki uzmanların ve infertil bireylerle çalışan sağlık personelinin bu konuda belirli bir bakış açısına sahip olması önemlidir. Bu amaçtan yola çıkarak bu yazıda infertil bireylerin yaşayabileceği psikososyal sorunlar ele alınmıştır.

Üreme ve İnfertilite

Üreme ve nesli devam ettirme tüm canlıların en önemli ve temel içgüdülerinden biridir. İnfertilite, eşlerin her ikisi için genellikle psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı-tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak acı veren karmaşık, durumsal bir krizdir.[1-7]

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen, bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir problemdir. Bireysel, aile içi ve toplumsal sorunlara yol açan, yıkıcı ve bu yüzden önemli bir sağlık sorunudur.[8-10] İnfertilitede kadının yaşı tehlikeli bir faktördür. Otuzbeş yaşından sonra ilk çocuğuna sahip olan kadın sayısı giderek artmaktadır. Kadının eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte, çalışma imkanının artması, kariyer yapması, evlenme yaşını ve doğum yaşını geciktirmektedir. Amerika'da her beş kadından birinin 35 yaşından sonra ilk bebeğe sahip olduğu bildirilmektedir.[11-17]

İnfertilite üreme çağındaki çiftlerin %10-15'ini etkiler. İnfertil çiftlerin yaklaşık %40'ında problem kadında, %40'ında erkekte, %20'sinde çiftin her ikisinde bulunmaktadır.[18-21] İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve finansal etkileri uluslararası ve ulusal birçok çalışma ile ortaya konmuştur. Bunlar; stres, anksiyete, depresyon, ekonomik zorluklar, suçluluk, korku, sosyal statü kaybı, çaresizlik, sosyal damgalanma ve bazı durumlarda da şiddettir.[3,4,8,15,18-22]

İnfertil çiftler çok büyük bir baskı altındadırlar ve problemin çok özel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duyarlar. Gebelik konusundaki sorun-

ları ailesi ve yakınlarıyla paylaşmamak infertil kişileri desteksiz bırakır. Bu durumlar sosyal bir yalnızlık haline dönüşebilir ve infertil çifti sıkıntılı bir zamanda destek kaynaklarından yoksun bırakır. Çiftler infertilite deneyimlerini, yaşamlarının en stresli deneyimi olarak tanımlarlar.[11,12] Yapılan araştırmalarda; infertilitenin eşlerin duygusal durumlarını, sosyal ve cinsel yaşamlarını, evlilik ilişkilerini etkilediği, bu etkilerin kadınlarda erkeklere oranla daha yoğun olduğu belirtilmektedir.[23-25]

İnfertilite bir gelişim krizi olarak da düşünülebilir. Doğurganlık, yetişkin gelişiminin önemli bir fonksiyonudur. İnfertil çiftlerde bu ihtiyacın karşılanamaması, onların gelecek ile ilgili planlarını, benlik imajını, benlik saygısını, evlilik ilişkilerini ve cinsel hayatlarını olumsuz yönde etkiler. Bu çiftlerde bedensel ve cinsel mahremiyetin kaybı da söz konusudur.[26,27]

Yapılan araştırmalarda; infertilitenin kadınlarda özgüven kaybına, sağlıkta bozulmaya, ümitte azalmaya ve diğer insanlarla olan ilişkilerde bozulmaya neden olduğu, yine kadınlarda depresyon, anksiyete, suçluluk ve kırgınlık hissinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.[3-8] İnfertilite eşleri farklı düzeylerde etkileyebilir. Stevart ve Robinson yaptıkları çalışmada, erkeklerin %15'inin, kadınların %50'sinin infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak tanımladıkları;[14] Collins ve Freeman'nın çalışmasında; infertilitenin kadınlarda erkeklere göre daha fazla ruhsal tepkilere yol açtığı, kadının infertilite hakkında konuşmaya başlayabilmesinin erkeğe göre daha uzun sürdüğü belirlenmiştir.[18] Golombok bir çalışmasında suçluluk, kırgınlık, izolasyon ve cezalandırılma hissinin kadınlarda eşlerine göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. [23]

İnfertil çiftlerin çoğu, başarma şansı ne olursa olsun eğer çocuk sahibi olmak için olanakları varsa, bunu kullanmaya büyük bir arzu duymaktadırlar. yardımcı üreme tekniği uygulanan çiftler, yöntemle ilişkin pek çok olumlu ve olumsuz deneyimler yaşamakta, çiftlerin stres düzeyi, yöntemin başarısını etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre çiftlerin stres nedeniyle, programdan ayrılma, ovulasyon problemi yaşama, ani düşük tehdidi ile karşılaşma gibi problemler yaşadıkları ifade edilmektedir.[26,28]

Newton ve arkadaşları'nın yaptığı araştırmada tedavi sürecinin kadınların %30'unun, erkeklerin %27'sinin cinsel yaşamlarına olumsuz etkisinin olduğu gösterilmiştir.[28] Keye'nin 500 çiftle yaptığı bir çalışmada cinsel sorunlar; ağırlı cinsel ilişki, progesterona bağlı cinsel ilgi azlığı, gerçekçi olmayan cinsel istekler, amaca yönelik seks, katı veya rutin biçimlenmiş seks, kötü beden imgesi, depresyon, suçluluk hisleri, ikilem olarak sıralanmıştır.[29]

İnfertilite tedavi sürecinde yaşanan psikososyal sorunların bilinmesi, bireylerin infertiliteye ve tedavi sürecine uyumunu kolaylaştırabilir, tedavide başarılı olma şansını arttırabilir.

İnfertilitenin Tanımı

Üreme yeteneğinin istek dışında azalması ya da kaybolmasına infertilite denilmektedir. Bir başka ifade ile bir yıl süre ile herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmadan ve düzenli (haftada en az iki) cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması infertilite olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün infertilite tanımında ise bu süre 2 yıla kadar uzatılmaktadır.[30-35]

Birincil infertilite, daha önce hiç gebe kalmamayı, ikincil infertilite ise, geçmişte herhangi bir zamanda gebe kalmış olmayı tanımlamaktadır.[32,33] Günümüzde, fertilizasyon ve embriyo gelişimi tekniklerinin gelişmesine paralel olarak, daha önce tedavisi mümkün olmayan pek çok infertil çiftte çocuk sahibi olma imkânı tanınabilmektedir.[13,33]

İnfertilite İnsidansı

İnfertilite üreme çağındaki kadınların yaklaşık %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur.[33] Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak daha fazla ilgi görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir.[13,33]

İnfertilite nedenleri pek çok ülkede benzerlik gösterdiği halde infertilite sıklığı pek çok ülkede hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında farklılık gösterebilmektedir. Toplumların kültürel ve sosyal yapı farklılıklarına bağlı olarak infertilite insidansı da farklılık gösterebilmektedir. Çocuk sahibi olmak için tedavi merkezlerine başvuran çiftlerde infertilitenin tanımlanması, infertiliteye sebep olan faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik tedavinin planlanması bir bütündür. Günümüzde özellikle in vitro fertilizasyonda, embriyo oluştuktan iki gün sonra uterus ya da fallop tüplerine transfer edilir.[9,11-13,36]

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

İnfertilite bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur. 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 (yeni adıyla Kongo Demokratik Cumhuriyeti) Mbelo'da 45–49 yaşındaki kadınların %65'i çocuksuzdur. Amerika'da sağlık bakımı uygulayıcıları, infertilite insidansının %15 olduğunu, yani her 6 çiftten birini ya da 4.8 milyon kadını etkilediğini bildirmektedirler. Türkiye'de infertilite sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamaktadır. Ancak %10-15 dolayında olduğu düşünülmektedir.[31,32]

İnfertilite Nedenleri

Fertiliteyi etkileyen temel faktörler kadın ve erkeğin yaşı, koitus sıklığı ve zamanlamadır. Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlardır. Fertilitenin hızı kadında 30 yaştan sonra, erkekte 40 yaştan sonra düşer. Ancak erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürer.[13]

Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama, infertilitenin çok sık rastlanan nedenidir. Gebe kalmak isteyen çiftlere haftada en az 2 kez cinsel ilişkide bulunmaları önerilir. Gebe kalma şansını artıran diğer bir yol, ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmaktır. Spermin kadın vücudunda 72 saat, ovumun ise 24 saat yaşadığı düşünülürse, bir kadının 28 günlük bir siklusta gebe kalma şansı, siklusun ortasına rastlayan 3 gündür.[33]

İnfertilite olgularının büyük kısmını sonradan gelişen ikincil infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, etik, moral ve yasal yönü konusunda tartışmalar hâla devam etmektedir.[13,33]

İnfertilite problemi olmayan bir çiftin her ovuluar siklus başına hamile kalabilme şansı %20 civarındadır. Gebelik oranları zaman içerisinde kümülatif etki göstererek artar.[36,37] Amerika'da herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve düzenli cinsel ilişkisi olan çiftlerin %25-27'sinde bir yıl içinde gebe kalma ve gebeliği sürdürmede güçlükler olmakta ve bu oran gideerek artmaktadır. Bu artışa kadınların geleneksel rollerindeki değişim, çiftlerin ileri yaşta evlenmeleri ve geç yaşta çocuk istemeleri, alkol, sigara gibi madde

kullanımı, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması gibi faktörler neden olmaktadır.[37-42]

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

İnfertilitenin duygusal nedenleri, kadında tubal spazm, ovulasyon yapamama, seminal mayinin hızla atılması ve vajinismustur. Bunlara ek olarak, ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınma da kadına ait diğer bir infertilite nedenidir. Psikolojik açıdan infertil olan kadınlarda bazı ortak özellikler vardır. Hepsisi gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine rağmen gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duygularını da taşırlar. Bu korkular gebelik, doğum eylemi veya anne olma ile ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı, doğum yaparken kendisinin veya bebeğinin öleceği ya da iyi bir anne olamama korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir. Kadının bu duygularını ifade etmesine yardımcı olduğunda, eşler arasında daha serbest ve sıcak bir ilişkinin geliştiği ve gebeliğin ortaya çıktığı pek çok olguda görülmüştür.[1,3,5]

Erkeklerde ereksiyonda ve ejakulasyonda görülen empotans psikolojik infertilitenin temel nedenleridir. Bunun yanında erkeklerde kadınlarda olduğu gibi bilinçsiz olarak koitustan kaçınabilirler. Erkekteki bu empotans baştan beri olabileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilir. Pek çok erkekte de hayatın herhangi bir evresinde geçici empotans görülebilir. Empotansın büyük bir kısmı psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Çocuklukta geçirilen psikolojik travmalar, beslenme sorunları, çocukluk hastalıkları, aşırı düşkün ve koruyucu annelik, psikolojik empotans için hazırlayıcı faktörlerdendir.[11,15,20]

Erkek ve kadında infertiliteyi pek çok faktör etkilemektedir. Bunların bir kısmı Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo. 1. İnfertilite Nedenleri

Kadına Ait Nedenler	Erkeğe Ait Nedenler
Vulva ve vajene ait faktörler	Erkek genital organlarının anomalileri
Anatomik bozukluklar	Kriptorşidizm
İmperfore himen	Hipoplazik testis
Vajende septum olması	Testiküler atrofi
Parsiyel/total vajen yokluğu	Hipospadias
Disparüni	Varikozel
Vajinismus	Vasdeferens ve epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı
Vajen pH'sının alkalileşmesi	
Overe bağlı faktörler	Sperm anomalileri ve fonksiyon bozukluğuna neden olan faktörler
Ovulasyon düzensizlikleri	Sigara, alkol ve madde kullanımı
Hipofiz-over arasındaki hormonal dengesizlik	Yetersiz hormonal uyarı
Over tümörleri	Toksinlere maruz kalma (kimyasallar, vs)
Oral kontraseptifleri bıraktıktan sonra gelişen amenore	Akut /kronik hastalıklar
Erken menopoz	
Radyasyon	Genital organ enfeksiyonları
	Anatomik anormallikler
Tubal faktörler	Kemoterapi
Tubal tıkanıklık	Radyasyon
Tubal hasar, tubaların kıvrımlı olması	Ereksiyon bozuklukları
Tubanın fibrial kısmının yokluğu	Seminal sıvı yapısına ilişkin bozukluklar
Bir tubanın yokluğu	Retrograt ejakülasyon
Tubal enfeksiyon	Nörolojik bozukluklar
Tubal yapışıklık	Spinal kort yaralanmaları
Anormal tubal silial hareket	Stres/anksiyeteye bağlı prematür ejakülasyon
Uterin faktörler	Psikoterapik ve antihipertansif ilaçlar
Gelişimsel anomaliler	Travma
Endometrial ve miyometrial tümörler	Diğer Faktörler
İntrauterin polipler	Endokrin bozukluklar
Travma	Genetik bozukluklar
Enfeksiyon (PID vb)	Psikolojik bozukluklar
Skar dokusu	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
Endometriozis	Toksik maddelere (kurşun, civa) maruz kalma
Servikal faktörler	Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması (sıcak küvet banyoları ya da saunalar)
Anormal servikal mukus	Kabakulağın neden olduğu orşit
Servikal osta sertlik ya da polipler	Yetersiz beslenme
Diğer faktörler	
Kronik hastalıklar (Diyabet, tiroid vb.)	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	
Fazla ya da düşük kilo	
Sigara, alkol ve madde kullanımı	
Çok fazla düşük yapmış olma	
Stres	

İnfertilitenin Tanınması

İnfertil çiftlere yapılacak yardımın ilk aşaması infertilite nedenlerinin belirlenmesidir. İnfertilite nedeninin tam olarak belirlenmesini sağlayacak bir dizi faaliyetin başında öykünün ayrıntılı biçimde alınması yer alır.[31]

Erkek; yaşam biçimi (fazla çalışma, işsizlik, stres), beslenme bozukluğu, endokrin hastalıkları, çocukluk hastalıkları, genito üriner problemler, aşırı alkol ve sigara alışkanlığı ve koitus öyküsüne ilişkin bilgiler alınır. Kadında ise; yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, endokrin hastalıkları, menstural hikâye (menarş yaşı, siklus düzeni ve süresi), pelvik hastalıklar, aşırı alkol ve sigara alışkanlığı, kullanılan kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi alınır.[31]

Erkeğin doktor kontrolüne 3-4 günlük bir cinsel perhizle gitmesi uygundur. Erkek fiziksel muayene ve sperm analizi yapılmalıdır. Ürolojik değerlendirme ve genetik inceleme de kullanılan infertilite tanılama yöntemlerindedir.[8,15,43,44] Kadında yapılması gereken diğer işlem ve tetkikler oldukça fazladır. Bunlardan başlıcaları: jinekolojik muayene, ultrasonografik inceleme, smear testi, hormon tetkikleri, histerosalpingografi, laparoskopi, histeroskopi, ovulasyonun değerlendirmesi, post koital test, tubal tıkanıklığın saptanmasıdır.[43-47]

İnfertilite Tedavisi

İnfertilite nedenleri çok karmaşık olduğu için tedavisi de karmaşıktır. Tedaviden önce nedeni anlamak uzun zaman alabilir. Sadece bir neden olmayıp birden çok neden olabilir. Neden birden çok olduğunda tedavi de güçleşir. Sorun giderilerek (tüplerin tıkalı ise açılması, hormon tedavisinin verilmesi vb.) doğal yolla gebe kalması planlanır. Bütün bu uğraşlara rağmen gebe kalamayacağı anlaşılan kadınlara infertilite tedavisi yapılır.[48-51]

İnfertilite tedavisi öncelikle nedene göre planlanır. İnfertiliteye neden olduğu düşünülen belli bir anatomik veya fizyolojik sorun varsa ortadan kaldırılır. İnfertilite eğer ovulasyon sorununa bağlı olarak gelişmişse tedavide ovulasyonun sağlanması üzerinde durulur. Bunun için ilaç (hormon) tedavisi yapılır.[52-56]

Uterus ve tüp anomalileri, özel cerrahi tekniklerle tedavi edilir. Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı ortaya çıkan pelvik yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi ile düzeltilebilir. Ancak tüplerin çok ince olan mukoza ve siliaları bozulduktan sonra tekrar yapılması mümkün olmadığı için, tubal sorunlarda başarının düşük olduğu bilinmektedir.[31,43,57,58]

İnfertil çiftlerin %85-90'ının tıbbi ve cerrahi tedavi ile infertiliteye neden olan sorun giderilmekte ve böylece çifte çocuk sahibi olma yolu açılmaktadır. Kalan %10-15'i ise değişik yardımcı üreme tekniklerinden yararlanabilmektedir.[59-62]

Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir.[17] Dünyada ilk yardımcı üreme tekniği uygulaması sonrası doğan bebek 1978 yılında dünyaya gelmiştir. Bu tarihten itibaren yardımcı üreme teknikleri hızlı bir gelişim göstermiştir. Bir taraftan yeni yöntemler geliştirilirken bir taraftan da bazıları terk edilmiştir. Yardımcı üreme teknikleri başlangıçta sadece tubal faktör söz konusu olduğunda uygulanmasına rağmen, kısa bir zaman içinde, uygulama alanı genişlemiş ve erkek infertilitesi, açıklanamayan infertilite, endometriozis, polikistik over sendromu, immünolojik infertilite, uterin faktör, ileri anne yaşı gibi nedenler için de kullanılmaktadır. Hatta son yıllarda Preimplantasyon Genetik Tanı amacıyla da kullanılmaya başlanmıştır [10,15,59] Uygulanan bazı yardımcı üreme teknikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo.2. Yardımcı Üreme Teknikleri

Ovulasyon İndüksiyonu (ilaç tedavisi)
Cerrahi Tedavi
Artifisiyel İnseminasyon (Ai)
In Vitro Fertilizasyon – Embriyo Transfer (IVF-ET)
Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT)
Zigot İntrafallopian Transfer (ZİFT)
Subzonal Sperm İnseksiyonu (SUZI)
Mikromaniplasyon

İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Etkileri

Evli bir çift istediği halde toplumun beklentisini yerine getiremediğinde “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duygularına neden olmaktadır. İnfertilite, eşlerin sosyal yaşamlarını, psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline gelmektedir.[11,60,61]

Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu belirtilmektedir. Çocuksuzluğun kadın yönünden

psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınavalide) ve benlik saygısında azalmadır.[62]

Çocuksuzluğun erkek yönünden psikolojik anlamı, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder) ve sosyal güvence azlığıdır.[62]

Güz ve arkadaşlarının çalışmalarında, eşinden ve ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve düşük benlik saygısı saptanmıştır.[63] İnfertil kadınların erkeklere göre daha çok izolasyon duygusu yaşamakta oldukları bildirilmekte, eşler ve diğer kişiler arasında izolasyon duygularının arttığı belirtilmektedir.[64] Jedrzejczak ve arkadaşlarının çalışmasında, 60 infertil kadın değerlendirilmiş ve kadınların %25'inde infertilitenin evliliklerinde büyük bir sorun oluşturduğu tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak infertil kadınların depresyon puanları ölçülmüş ve kontrol grubunun puanlarından 2 kat daha yüksek puanlar elde edilmiştir.[65]

İnfertilite ile karşı karşıya kalan birey ya da çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlamaktadır. Bu yolculuk belli evrelere ayrılmaktadır. Blenner tarafından tanımlanan özgül infertilite evreleri, Kubler-Ross tarafından, ölen insanların aileleri ile yapılan çalışmalarda ortaya konmuş olan yas tutma süreci ile aynıdır. Bu evreler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo.3. Bireylerin İnfertiliteye Verdikleri Tepkiler

Şok, şaşkınlık, inanamama
Yadsıma (inkar)
Kızgınlık ve anksiyete
Öfke
Kontrol kaybı
Suçluluk
Çözülme

İlk evre şok, şaşkınlık, inanamama evresidir. Şok evresini, yadsıma (inkar) izler. Eşleri bekleyen diğer bir evre kızgınlık ve anksiyete evresidir. İnfertil olan eş, eşi tarafından terk edilme endişesi yaşar, kadınlar kendini eksik, değersiz hissederken, erkekler, erkek olma, güçlü-kudretli olma özelliklerinin yok olduğunu düşünürler. Çiftleri bekleyen sonraki evre öfke evresidir. Bireyler

kendilerine, eşlerine, ailelerine ve çevrelerine karşı öfke duyarlar. İnfertil çiftleri bekleyen bir başka evre kontrol kaybı evresidir. Yapılan tetkikler, sorulan sorular çiftlerin özel hayatlarını dışarıdaki kişilere açtığından, özel hayatlarının ihlal edildiğini düşünürler. Bu evrede özellikle kadınlar hamile kalan arkadaşlarıyla görüşmek istemezler ve onlarla paylaşacakları şeylerin azaldığına inanıp kendilerini yalnızlığa mahkum ederler. İnfertilite tanısı konulan çiftin yaşayabileceği diğer bir evre suçluluk evresidir. Eşler, diğer eşin anne-baba olmasına engel olduğunu düşünüp suçluluk duyarlar, bu duygulara ailenin ve kültürün baskıları da eklenir ve cezalandırıldıklarını düşünürler. Günlük hayattan zevk almamaya başlarlar, ilgi ve istekleri azalır ve her şey önemini kaybeder, bu evrede depresyon yaşanabilir. Sağlıklı çiftler yavaş yavaş çözülme evresine girerler. Yadsımanın yerini gerçekler alır ve tedavi alternatiflerini arayıp birbirleriyle ve çevreleriyle tekrar iletişime geçerler ve davranışlarında barışçıl bir yol izlerler.[11,59,61]

İnfertilite evreleri terminal dönemdeki hastanın yakınlarında yaşanan yas sürecine benzemektedir. Ancak infertilitede yaşamı tehdit eden ölümcül bir durum söz konusu değildir, yaşam kalitesi ve evlilik uyumu tehdit altındadır. Ayrıca infertilite ölümcül hastalıkta olduğu gibi bireyleri bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine çiftlerin birbirinden ve çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olur.[61,66] Yapılan bir çok çalışmada infertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir.[67-71]

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığını ve cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini göstermiştir. İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerin fazlalığı ve yarattığı sorunlar, infertilite tanı ve tedavisinde hızlı gelişmelere ve teknolojik tüm imkânların zorlanmasına neden olmuştur. Birkaç yıl öncesine kadar, birçok çift için kendi çocuğuna sahip olma fikri bir hayal olarak görünürken, In Vitro Fertilizasyon (IVF)'un da içinde bulunduğu birçok yardımcı üreme tekniği ile bu hayale gerçekleşebilme yolu açılmıştır.[31,42,43]

İnfertilite Hemşireliği

İnfertil bireyler sağlık bakım sistemine öncelikle infertilite nedeninin araştırılması için girerler. Bu süreç infertilite nedeninin araştırılması için gerekli olan temel tanılama testlerini içeren karmaşık, uzun ve zor bir dönemdir. İnfertil bireyler için en büyük hayal kırıklığı, hemşirenin de içinde bulunduğu sağlık ekibinin, infertilite deneyiminin kendilerinde ortaya çıkardığı yoğun emosyonel tepkilerin anlaşılması ve bilinmemesidir. Bu durumun karışıklığından dolayı infertilitenin emosyonel yönü sıkıntı vericidir ve baş etmesi hem sağlık personeli hem de bireyler için zordur. Hemşire infertil bireyin duygusal durumunu anlayıp yardım edebilecek, onlarla en sık karşılaşan sağlık personelidir. Bu nedenle hemşire, danışmanlık işlevi ile bu yardımın verilmesinde önemli bir yere sahiptir. Danışmanlık hemşirenin birincil işlevlerinden birisidir.[1,2] İnfertilite tanı ve tedavi işlemleri sırasında, çiftler profesyonel danışmanlık almaya cesaretlendirilmelidir.[22]

İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü üç başlık altında incelenebilir.

1. Bilgi Verme: Bilgilendirme, infertiliteye veya herhangi bir konuda bireye ya da çifte ihtiyacı olan bilgiyi vermektir. Anlaşıldığından emin olmak ve farkındalık yaratmaktır. Böylece hemşire infertilite ile ilgili tedaviler hakkında bireyin/çiftin anlaşılır bilgi almasını sağlar. Bunun için hemşireler, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı; infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar.[2,72] Ayrıca bakım verdiği grubun genel özelliğini bilmelidirler. Bu durum bireysel bakımı planlamada hemşireye kolaylık sağlayacaktır.

2. Destekleyici Danışmanlık: İnfertilite hemşiresi infertilite tanısından tedavi sonrası aşamaya, gebelik ve çocuk sahibi oluncaya kadar ki süreçte duygusal ve psikolojik destek sağlar. Başka bir deyişle infertilite hemşiresi çifte tedaviden önce, tedavi süresince ve tedaviden sonra duygusal olarak destekler. Bu destek özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında, gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonucunda gebelik oluşmadığında ya da çoğul gebelik oluştuğunda gerekli olmaktadır. İnfertilite hemşiresi gebelik oluşmadığında bireye/çifte olası alternatifler hakkında tavsiyelerde bulunabilmelidir.[2,16]

İnfertilite hemşiresi infertil çiftlerin ilgilerini öğrenmeye, korkularını gidermeye, beklenti ve sorularını yanıtlamaya hazır olmalıdır. Bir araştırmada bir kadın: "Birisinin eşimle daha fazla konuşup, duygularını tartışmasını istedim" demiştir. Tedavi kaynaklı stresi hafifletmek konusunda infertilite hemşiresi önemli bir konumdadır. Yardımcı üreme teknikleri merkezlerinde çalışan

hemşireler, infertil çiftlerin danışmaları için bir çözüm kaynağıdır, multidisipliner ekibin anahtar üyeleridir. İngiltere’de devlet ve özel sektörde hizmet veren infertilite kliniklerinde çalışan hemşirelerin rollerini ve eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla “Fertilite Hemşireleri Grubu” oluşturulmuştur. Ülkemizde yardımcı üreme teknikleri merkezlerinde çalışan hemşirelerin rollerine ilişkin standardizasyon ve protokoller henüz geliştirilmemiştir. İnfertilite kliniklerinde ve ilgili alanlarda çalışan hemşireler ile hemşirelik eğitimi veren kurumlarda bu konuyla ilgilenen hemşire akademisyenlerin, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak bu tür çalışmaları başlatması gerekmektedir. Ayrıca bu ünitelerde çalışan hemşirelerin eğitim gereksinimleri için kurs programları düzenlenmelidir.[7,11]

3. Diğer Roller: Hemşirenin gittikçe önem kazanan diğer rolleri; hasta hakları savunuculuğu, mali danışmanlık ve yasal gözlemciliktir. Çoğu hasta tedavinin mali yönünü de düşünmektedir. Ülkemizde yardımcı üreme teknikleri hizmetleri almayan yaklaşık 50-60 bin çift bulunmaktadır. Bunun sebebi bireyin/çiftin sağlık sigortası kapsamında olmaması, yardımcı üreme teknikleri merkezlerinin ülke genelinde ulaşılabilirliğinin zor olması ve maddi kaygıdır.[11,72,73]

Sonuç

İnfertilite; psikosozal sorunları da beraberinde getiren bir yaşam krizidir. Tedavi başarısı üzerinde etkili olabilecek psikosozal sorunların ele alınarak koruyucu önlemlerin alınması, sağlık hizmetinin sunumunda üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. İnfertilite tedavi sürecinde bireylerin yaşadıkları psikosozal sorunların bilinmesi, infertil bireylerin infertiliteye ve tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir ve infertiliteye karşı tepkilerini azaltabilir. Tedavinin farklı aşamalarında ilk tanı, tetkik, tedavi, tedavinin olumsuz olduğunu öğrenme, düşük vb. bireylerin infertiliteden etkilenme düzeylerinin değerlendirildiği ileri çalışmaların yapılması önerilir.

Kaynaklar

1. Akyüz A. İnfertilite tedavisi ve sonucun alınması sürecinde iletişim güçlükleri. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji Obstetri Derneği, 20-23 Nisan 2005 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı, sayfa: 20.
2. Koçak TF. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran çiftlerin danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirenin danışmanlık hizmetinin etkinliğinin incelenmesi (Doktora tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1998.

3. Cousineau TM, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007; 21:293-308.
4. Araoye MO. Epidemiology of infertility: social problems of the infertile couples. *West Afr J Med* 2003; 22:190-196.
5. Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik (Doktora tezi). Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2001.
6. Diriol CC, Giami A. The impact of infertility and treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32:624-637.
7. Şirin A. Tüp Bebek Uygulaması ve Bu Uygulamalardan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım. 1. Baskı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, İzmir, 2001.
8. Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:140-148.
9. Gordon DJ, Speroff L. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite El Kitabı.(Çeviri Ed. Işık ZA, Vicdan K.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2003.
10. İlhan HA. Overyan rezervi değerlendirmede bazal over hacmi ve antral folikül sayısının önemi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003.
11. Beji N. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2001.
12. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3:67-99.
13. Denson V. Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract* 2006; 1:380-386.
14. Stewart DE, Robinson GE. Infertility by choice or by nature. *J Psychiatry* 1999; 54:886-889.
15. Lebovic DI, Gordon JD, Taylor RN. Reproductive Endocrinology and Infertility: Handbook for Clinicians. Arlington, Scrob Hill Press, 2005.
16. Akyüz A. İnfertil çift için tedavi seçenekleri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 21-23 Nisan 2003 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 36.
17. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006; 33:44-46.
18. Collins A, Freeman EW, Boxer AS, Tureck R. Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 1992; 57:350-356.
19. Bell K. An overview of assisted reproduction in Australia and directions for social research. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society* 2006; 4:15-27.
20. Ricci SC. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. London, Lippincott Williams&Wilkins, 2007.
21. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003; 57:2325-2341.

22. Kaya T. İnfertil çiftlerle iletişim ve danışmanlıkta hemşirelik. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, 20-23 Nisan 2005 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 38.
23. Golombok S. Psychological functioning in infertility patients. Hum Reprod 1992; 7:208-212.
24. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa S. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Fertil Steril 2010; 93:1088-1096.
25. Olshansky E. A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. J Nurs Scholarsh 1992; 35:263-268.
26. Kızılkaya Beji N, Yavan T, Dikencik K, Akın N, Dinç A. ve ark. İnfertilite SorunuYardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, (Ed: N. Kızılkaya Beji), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, 2001.
27. Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA. Stres, sexual dysfunctions and male infertility. J Endocrinol Invest 2003; 26:72-76.
28. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril 1998; 69:1026-1033.
29. Keye RW. Psychosexual responses to infertility. Clin Obstet Gynecol 1984; 27:760-766.
30. Oğuz DH. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri (Uzmanlık tezi), İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.
31. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Basım. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
32. Atasu T, Şahmay S. Jinekoloji Kadın Hastalıkları, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
33. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and Women's Health Care, 6.Ed. St Louis, Mosby, 1997.
34. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. Am J Clin Pathol 2002;117:95-103.
35. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008.
36. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara, Pelikan Yayınları, 2004.
37. Robinson GE, Stewart DE. Infertility and new reproductive technologies, Review of Psychiatry 2001; 14:1994-1997.
38. Olds SB, London ML, Ladewig PA, Davidson MR. Maternal-Newborn Nursing And Women's Health Care. 7th Ed. New Jersey, Prentice Hall, 2003.
39. London M, Ladewig PA, Ball JW, Bindler RC. Maternal & Child Nursing Care, 2nd Ed. New Jersey, Prentice Hall, 2006.
40. Wong DL, Perry SE, Hockenberry M, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal Child Nursing Care. 3rd edition. St Louis, Elsevier, 2005.

41. Akyüz A. İnfertil çiftin araştırılması. 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 21-23 Nisan 2003 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı: 32.
42. Yaralı H, Esinler İ. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi (Çeviri Ed. M.S.Beksaç). Ankara, Medikal Network, 2006.
43. Orshan SA. Maternity, Newborn and Women's Health Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2008.
44. Perk H, Soyupek S, Oskay T. Erkek infertilitesine neden olan fiziksel ajanlar, ilaçlar ve toksinler. *Androloji Bülteni* 2005; 23:305-310.
45. Kervancıoğlu S, Sarıca A Mete, Özkur A, Bayram M. Varikoselin testis hacmi üzerine etkisi, *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008; 14:11-14.
46. Reşorlu B, Yaman Ö, Özayar A, Özden E, Yeşil M. Bilateral intratestiküler varikosel. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 59:77-79.
47. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. *Maternal-Child Nursing*. Philadelphia, Elsevier, 2005.
48. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord* 2008; 108:159-164.
49. Akizuki Y, Kai I. Infertile Japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Hum Reprod* 2008; 23: 2737-2744.
50. Freidman T. Infertility and assisted reproduction. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989; 3:751-767.
51. Yıldırım M. *Klinik İnfertilite*, 2. Baskı. Ankara, Eryılmaz Ofset, 2000.
52. T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. Ankara, T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000.
53. Koçak S. İstenen Bebek Gelmiyorsa IVF Şanslarla Dolu Bir Yol. İstanbul, Organon, 2005.
54. Özcan J. IVF planlanan yavıf yanıtı hastalarda uygulanan mikrodoz protokolü ile mikrodoz stop protokolünün karşılaştırılması (Uzmanlık tezi). İstanbul, Sağlık Bakanlığı, Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005.
55. Rainsbury P, Viniker D. *Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar* (Çeviri Ed. Işık A, Vicdan K, Alaybeyoğlu L). Ankara, Atlas Kitapçılık, 1998.
56. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson PO et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol* 2010; 89:683-691.
57. Günalp S, Tuncer S. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*. Ankara Pelikan Yayınları, 2004.
58. Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol* 2010; 89:677-682.
59. Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme tekniklerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloj Obst* 2003; 13:466-475.
60. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003; 57:2325-2341.

61. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 2:70-74.
62. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11:112-121.
63. Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewoźna J, Taszarek-Hauke G et al. Feelings and emotions in women treated for infertility. Przegl Lek 2004; 61:1334-1337.
64. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2003; 24:267-271.
65. Jirka J, Schuatt S, Foxal JM. Lonelines and social support in infertile couples. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25:55-59.
66. Beutel M, Kupfer J, Kircmeyer P. Treatment related stres and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF on ICSI. Andrologia 1999; 31:27-35.
67. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjusment and sexual function. Urology 2004; 63:126-130.
68. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V. Anxiety, depression and anger supression in infertilitie couples, a controlled study. Hum Reprod 2002;17: 2986-2994.
69. Lee TY, Sun GH. Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. Arch Androl 2000; 54:143-148.
70. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. Hum Reprod 2001; 16:1762-1767.
71. Kargın M, Ünal S. İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. Yeni Symposium 2011; 49:54-60.
72. Devran A, Doğan M, Mollamahmutoğlu L. IVF tedavisi alan kadınların yaşadığı psikososyal sorunlar. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2009; 3:11-15.
73. Hynes G.J, Callan V.J. et al. The Psychological well-being of infertility women after a failed IVF attempt: the effects of coping. Br J Med Psychol. 1992; 65:269-278.

Nurcan Kırca, Akdeniz Üniv. Antalya Sağlık Yüksekokulu., Antalya; **Türkan Pasinlioğlu**, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum.

Yazışma Adresi/Correspondence:Nurcan Kırca, Akdeniz Üniv. Antalya Sağlık Yüksekokulu., Antalya, Turkey.
E-mail: nurcankirca@akdeniz.edu.tr

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol5/no2/

Çevrimiçi yayım / Published online 02 Şubat/February 02, 2013; doi:10.5455/cap.20130511
