



**T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL STRESİN DÜŞÜK  
OVER REZERVİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Reyhan ÇANAKCI**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA – 2021**



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL STRESİN DÜŞÜK  
OVER REZERVİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Reyhan ÇANAKCI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

BURSA – 2021

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
I. Çocukluk Çağı Travmaları.....	3
I. A. Fiziksel İstismar.....	5
I. B. Cinsel istismar.....	7
I. C. Duygusal İstismar.....	8
I. D. Duygusal İhmal-Fiziksel ihmal.....	9
II. İnfertilite.....	10
II. A. Tanım.....	10
II. B. Sıklığı ve Nedenleri.....	10
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>15</b>
I. Araştırmanın Özellikleri.....	15
II. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	15
III. Araştırma Grubu.....	15
IV. Veri Toplama Araçları.....	16
IV. A. Sosyodemografik Form.....	16
IV. B. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)).....	16
IV. C. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	17

V. Verilerin Toplanması .....	18
VI. Verilerin Analizi .....	18
VII. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	19
<b>BULGULAR .....</b>	<b>20</b>
I. Genel Değerlendirme .....	20
II. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	20
III. DOR Grubu ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	23
<b>TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>33</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>39</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>46</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>55</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>56</b>

## ÖZET

Çalışmamızda erişkinlerde çocukluk çağı travmalarının düşük over rezervi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu-kontrol çalışması olarak planlandı. Katılımcılar Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı bünyesinde tüp bebek merkezine başvuran hastalar arasından seçildi. Çalışmaya alınan olgular; DOR (Düşük Over Rezervi) tanısı almış kadınlar ve kontroller; DOR tanısı dışlanmış, erkek faktörlü infertilite sebebi ile başvuranlar olmak üzere iki grup halinde incelendi. Olgu grubunda 102, vaka grubunda 103 olmak üzere toplamda 205 kişi çalışmaya dahil edildi.

Her iki gruba da önce sosyodemografik verilerin olduğu bir anket, çocukluk çağı travma ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış ve Türkçe geçerlik güvenilirliğini almış olan 28 maddelik kısa formu CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) uygulandı. Ardından her iki gruba ayrıca Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini almış olan 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' uygulandı. Olguların demografik verileri, anket sonuçlarına ait veriler kaydedildi. İstatiksel analiz SPSS 21.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Çalışmamıza DOR (olgu) grubundan 102, OAT (Oligoastenoteratozoospermi) (kontrol) grubundan 103 kişi katıldı. Olgu grubunun yaş ortalaması 33,2 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 31,1 olarak saptandı.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeğinin duygusal ihmal alt ölçeği puan ortalaması her iki grupta da yüksek olarak saptandı. Duygusal ihmal puan ortalaması DOR grubunda 10,08 saptanırken, OAT grubunda 8,53 olarak saptandı. Ayrıca her iki grup arasında anlamlı farklılık vardır ( $p=0,003$ ). Her iki grupta da duygusal istismar ikinci en yüksek puan ortalamasına sahipti. En düşük ortalama değer ise her iki grupta da fiziksel istismar grubunda bulundu.

Çalışmamızda yapılan analizlerin sonucunda çocukluk çağı travmaları ile düşük over rezervi arasında anlamlı bir şekilde pozitif korelasyon bulunmuştur.

Düşük over rezervinde hastaların psikososyal değerlendirilmesi ve çocukluk çağı travmalarının çok boyutlu ele alınmasının bireyin ve toplumun sağlığının korunması açısından önemi anlaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** DOR, Çocukluk çağı travma, Over rezervi

## SUMMARY

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOCIAL STRESS IN CHILDHOOD AND POOR OVARIAN RESERVE

In our study, it was aimed to evaluate the effect of childhood traumas on poor ovarian reserve in adults.

It was planned as a case-control study. Participants were selected from patients who applied to the IVF (In vitro fertilization) center of Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology. Cases included in the study; women who received the diagnosis of poor ovarian reserve and controls who was excluded and the patients who applied due to male factor infertility (oligoasthenoteratospermia) were examined in two groups. A total of 205 people, 102 in the case group and 103 in the control group, were included in the study. A questionnaire containing sociodemographic data and a 28-item short form of the CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) which was adapted to Turkish and obtained its Turkish validity and reliability, were administered to both groups. Then, the 'Hospital Anxiety and Depression Scale', which had Turkish validity and reliability, was applied to both groups. The demographic data of the cases and the data of the survey results were recorded. Statistical analysis was performed using the SPSS 21.0 program.

102 people from the poor ovarian reserve (case) group and 103 people from the OAT (Oligoasthenoteratozoospermia) (control) group participated in our study. While the mean age of the case group was 33.2, the mean age of the control group was 31.1. The emotional neglect subscale score of the Childhood Trauma Scale was found to be high in both groups. While the mean emotional neglect score was 10.08 in the poor ovarian reserve group, it was 8.53 in the OAT group.

In addition, there is a significant difference between the two groups ( $p=0.003$ ). Emotional abuse had the second highest mean score in both groups. The lowest mean value was found in the physical abuse group in both groups.

As a result of the analyzes made in our study, a significant positive correlation was found between childhood traumas and poor ovarian reserve. The importance of psychosocial evaluation of patients with poor ovarian reserve and multidimensional handling of childhood traumas in terms of protecting the health of the individual and society is understood.

**Keywords:** Poor ovarian reserve, childhood trauma, ovarian reserve



## TABLULAR DİZİNİ

**Tablo 1:** DOR ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması

**Tablo 2:** DOR ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

**Tablo 3:** DOR ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

**Tablo 4:** DOR ve kontrol gruplarının Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği alt grup puanlarının ve toplam puanlarının karşılaştırılması

**Tablo 5:** DOR ve kontrol gruplarının HAD ölçeği anksiyete alt ölçeği kesme değerine göre dağılımları

**Tablo 6:** DOR ve kontrol gruplarının HAD ölçeği depresyon kesme değerine göre dağılımları

**Tablo 7:** DOR grubu için sigara kullanım durumlarına göre ÇÇTÖ alt ölçek ortalama puanları

**Tablo 8:** DOR grubundaki katılımcıların sigara kullanım durumlarının ÇÇTÖ alt ölçeklerinin ikili karşılaştırılması

**Tablo 9:** DOR grubu katılımcılarının HAD ölçeği anksiyete riskine göre ÇÇTÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmaları

**Tablo 10:** DOR grubu katılımcılarının HAD ölçeği depresyon puanlamasına göre ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil-1:** HAD leği anksiyete alt leği kesme değerine göre kişi sayıları

**Şekil-2:** HAD depresyon alt leği kesme değerine göre kişi sayıları

## GİRİŞ

Yaş ile birlikte kadınlarda yumurta kalite ve sayısında azalmaya bağlı olarak üreme fonksiyonlarında da azalma olur. Fetal dönemde germ hücreleri overlere göç edip oosit havuzunu oluşturur ve 6. gebelik haftasında on bin, 8. gebelik haftasında altı yüz bin, 20. gebelik haftasında ise altı milyona ulaşır. Primordiyal folikül sayısı 20. gebelik haftasından sonra atreziden dolayı azalır; doğumda bir milyon, pubertede ise yaklaşık üç yüz, dört yüz bin kadarı kalır. Bunların da sadece %1'i ovulatuar aşamaya ulaşır. FSH uyarısıyla primordiyal folikül, folikül havuzunu terk ederek folikülogenez yoluna girer. Kadının yaşlanmasıyla folikülogeneze girecek olan primordiyal folikül tükenir, menopoz başlar (1).

Over rezervi, overin fonksiyonel potansiyelini yani oositlerin sayısını ve kalitesini yansıtır. Her bir oositin reproduktif potansiyelini ifade eder (2).

Günümüzde kullanılan over rezerv testleri, biyokimyasal belirteçler (bazal FSH, E2, AMH, inhibin B) ve erken menstrüel fazda ultrason (antral folikül sayısı) değerlendirilmesi ile yapılır. İVF tedavisi alan hastalarda toplanan oosit sayısı tedavi başarısını belirleyen en önemli faktördür. Over rezervi gonadotropinlerle (ekzojen veya endojen) uyarılabilecek folikül havuzunu ifade eder. İVF tedavilerinde; zayıf ovaryen yanıtın altında kötü over rezervi yatmaktadır. Kötü over yanıtı olan hastalarda gebelik oranları düşmektedir. Kötü over yanıtının tanımı ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) Bologna kriterlerine göre:

1. İleri kadın yaşı ( $\geq 40$ ) veya düşük over yanıtı için başka bir risk faktörü
  2. Daha önce düşük over yanıtı öyküsü (konvasiyonel protokolda  $\leq 3$  oosit)
  3. Anormal over rezervi testi (AMH $<0,5-1,1$  ng/mL AFC $<5-7$ ).
- Bunlardan en az iki tanesinin varlığı tanımlamada yeterlidir (3).

Çocukluk çağı travması literatürde istismar ve ihmal kavramlarıyla açıklanmaktadır. Fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal şeklinde alt başlıklara ayrılmıştır. İstismar, 18 yaş altı bireyin fiziksel, duygusal, sosyal, cinsel gelişimine zarar verme, ihmal ise bireyin bakmakla yükümlü kişi tarafından temel bakım, güven, eğitim, sağlık gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanabilir (4). Travma, hangi yaşta olursa olsun kişide stres yaratır. Ancak travmanın çocuklukta ve devamlı olması, stresi de devamlı kılacağından kişide, CRP, fibrinojen ve proinflatuar sitokinleri artırabilir. Özellikle çocuklukta istismar ve ihmal yaşayan yetişkinlerin hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında değişiklikler olduğu bildirilmiştir (5). Bu değişiklikler, erken dönemdeki olumsuz deneyimlerin kötü yetişkin sağlığı ve klinik bozukluk için çok önemli bir risk faktörü haline gelebileceğine odaklanan birkaç çalışma tarafından araştırılmıştır (6). Bu durum bireyde kalıcı inflammatuar durum oluşturabilir. Kalıcı inflammatuar durum çeşitli hastalıkların etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Özellikle astım, migren, endometriozis, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, depresyon, yeme bozuklukları, obezite, diyabet, pre-diyabet bu durumlardan sayılabilir (5).

Düşük over rezervinin patofizyolojisinde de inflammatuar yollar rol oynamaktadır (6). Bu çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ile düşük over rezervi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

### I. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, sarsan, hayatın normal akışını, işlevini engelleyen, çaresizlik, korku, dehşet duygularına sebep olan her türlü olay için kullanılmaktadır. Mesela hayatın ilk yıllarında annenin ölümü çocuk için çok ağır bir travmadır. Bu tür bir kayıp çocuğu hem akut olarak etkiler hem de hayatının ileriki yıllarında derin izler bırakarak süregelen bir travma yaratır. Psikanalitik olarak travma egonun (benliğin) üstesinden gelemeyeceği kadar ağır içten ya da dıştan uyaranlar kümesi ile karşılaşmasıdır. Travma, canlıda stres yaratır. Vücudun denge durumunu bozar (7).

Çocuk istismarı kavramına ilk olarak 1860 yılında Fransız adli tıp doktoru Ambroise Tardieu tarafından değinilmiştir. Tardieu, Paris Tıp Akademisindeki sunumunda çocukların cinsel ve fiziksel istismarından bahsetmiştir (8). Sonrasında 1946 yılında Radyolog Dr. John Caffey, çocuklarda kafada görülen hasarlanmalara ve ekstremitelere kırıklarına rastlamış, bunların dövme sonucu olduğunu saptamıştır. 1961 yılında Dr. Kemple bu konuya değinmiş ve 'Hırpalanmış Çocuk Sendromu' nu (The Battered Child Syndrome) tanımlamıştır (9). Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. 34. ve 39. maddeleri çocuk istismarının ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19. maddesinde yer alan ibareye göre taraf devletler, çocuğu anne babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden, bedensel ve zihinsel saldırısından korumakla yükümlüdür. Sözleşmenin 34. maddesinde, taraf devletler, çocuğu her türlü cinsel suistimale ve sömürüye karşı korumakla yükümlüdür diyerek devletlere sorumluluk yüklemiştir, 39. maddede ise kötü muameleye maruz kalan çocuğun fiziksel ve ruhsal

sağlığının yeniden kazandırılması ve toplumla bütünleştirilmesi için rehabilitasyonun sağlanmasından bahsedilmiştir (10).

Bazı araştırmacılar, kültürler arası çocuk yetiştirme konusundaki görüşlerin çok farklı olabileceğini ve hangi uygulamaların taciz edici veya ihmal edici olduğu konusunda anlaşmaya varmanın son derece zor olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ancak kültürler arası farklılıklara rağmen çocuk istismarı kavramının sınırları çizilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarını çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya haysiyetine fiili veya potansiyel zararlarla sonuçlanan, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan her türlü davranış şeklinde tanımlamıştır (11). Bu tanımdan önemli olanın amaç değil, sonuç olduğu çıkarılabilir. Yani asıl olan, yapılan davranışın çocuk üzerindeki etkisidir.

Travma, her yaşta psikiyatrik problemlere sebep olmakla beraber, çocukluk çağında bu ihtimal daha yüksektir. Travmatik olaylarla baş edebilmenin en zor olduğu dönem, çocukluk dönemidir. Bütün çocuklar beslenme, barınma, eğitim, korunma haklarına sahiptir. Bunların yanında, çocukların duygusal açıdan doyurulmaya, saygı görmeye, öz benliklerini besleyecek bir ortamda yetiştirilmeye ihtiyaçları vardır. Çocukların ihtiyaçlarının karşılanması, her açıdan sağlıklı bir aile ortamında yetişmesi, sosyal ve psikolojik açıdan çok önemlidir. Bu dönemde yaşanan travmalar kişinin tüm hayatı boyunca etki gösterebilir (12).

Çocukluk çağı travmaları bireyin 18 yaş altında maruz kaldığı, fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal ve anne babadan ayrı kalma, göç etme, kaza geçirme, doğal afet yaşama şeklinde tanımlanabilir. Çocukluk çağı travmaları genel olarak ihmal ve istismar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin birbirlerinden en önemli farkı, istismarın aktif, ihmalin pasif bir eylem olmasıdır (13). İstismar, fiziksel, cinsel, ruhsal açılardan çocuğa zarar veren ve kasıt içeren bir süreçtir. İhmal ise, çocuğun bakımının ve korumasının yapılmamasından kaynaklı çocuğun fiziksel ve ruhsal açıdan zarara uğradığı pasif bir süreçtir. Çocukluk çağı travması, genel olarak çocuğun en yakınındakiler tarafından yapılır ve genellikle tekrarlayıcı niteliktedir. Bu

sebeple etkileri diğer travmalara nazaran daha uzun süreli ve geri dönüşüzdür (4).

Çocuğa kötü muamelenin sonuçları yaşam boyu fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasını ve sosyal açıdan zarar görmeyi içerir. İstismara uğramış bir çocuğun, yetişkin olarak başkalarını istismar etme olasılığı daha yüksektir. Araştırmalar şiddetin şiddet doğurduğunu ve şiddetin erken yaşta öğrenildiğini göstermektedir. Böylece şiddet nesilden nesile aktarılır (14). Sorun çözmek, ceza vermek için şiddete başvuru ortamlarda yetişen çocuklar, ileriki hayatlarında eşlerine ya da kendi çocuklarına şiddet uygulayabilmektedirler. Nihayetinde bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimi yavaşlayabilir. Bu nedenle bu şiddet döngüsünü kırmak ve böylelikle olumlu etkiler yaratmak önemlidir.

Çocukluk çağı travmaları, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere 5 alt gruba ayrılmaktadır. Literatürde fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, 'ihmal' başlığı altında tanımlanmaktadır. Yaygınlık olarak bakıldığında çocukluk çağında cinsel istismara uğrama kadınlarda %12-17, erkeklerde %5-8 civarında olduğu düşünülmektedir (15). Fiziksel istismar oranı %25-50 arasındadır. Bununla birlikte, cinsel ve fiziksel istismara uğrayan çocukların büyük çoğunluğu duygusal istismara ve ihmale de maruz kalmaktadırlar.

### **I. A. Fiziksel İstismar**

Fiziksel istismar, 18 yaşından önce kişinin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından, vücudunda 48 saatten fazla kalan fiziksel iz bırakacak şekilde saldırıya uğraması olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise, kasti biçimde fiziksel güç kullanımı sonrası çocuğun gelişiminin zarar görmesi şeklinde tanımlanmıştır. Tespiti en kolay istismar şeklidir (13).

Fiziksel istismarın 'kaza' olarak değerlendirilip gözden kaçırılabilceği öne sürülmektedir. Bu sebeple yaralanma ile gelen her çocukta mutlaka fiziksel istismar olasılığı düşünülmeli, detaylı anamnez ve fizik muayene yapılmalı, çelişkili durumlar varsa mutlaka adli rapor düzenlenmelidir. Şüpheli

durumlar arasında, çocuğu hastaneye geç getirme, anamnez ve fizik muayenedeki uyumsuzluk, tekrarlayan travma öyküleri, çocuğun anne-babayı suçlaması, anne-babanın aşırı ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi sayılabilir. Özellikle fizik muayenede çeşitli iyileşme safhalarındaki morluklar, el izi, ısırık izi, sigara yanıkları, perine ve kalçada yanık, künt karın travmaları, sefal hematom, göz hasarları, çoklu kosta kırıkları, timpan zar hasarları fiziksel istismarı akla getirmelidir. Fiziksel istismar, 4-8 yaşlarındaki çocuklarda sık izlenirken, yaşla birlikte fiziksel istismarda azalma görülmektedir. Bu yaşlarda erkek çocuklarda daha çok fiziksel istismar izlenirken, kız çocuklarında ergenlik döneminde daha sık izlenmektedir (16,17).

Kaza dışı travmalar genellikle ebeveyn tarafından, ocuk cezalandırılmak istendiğinde ya da ebeveyn kontrolünü kaybettiğinde gerçekleşir. Erken ocukluk ve ergenlik dönemlerindeki fiziksel şiddete maruz kalma oranları birbirine yakın olmakla birlikte, erken çocuklukta şiddet uygulayan ebeveyn genellikle anne, ergenlikte ise şiddet uygulayan ebeveyn genellikle babadır (18).

Alet kullanılmadan uygulanan saldırılara örnek; tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, hırpalama, sarsma, itme-kakma hatta kapalı bir yere kitleme olabilir. Aletli saldırılara örnek ise t, sigara, sıcak su, ev eşyası, kemer, hortum kullanılarak vücutta lezyon oluşturulan saldırılar örnek verilebilir. Lezyonlar çoğu kez baş, ense, sırt ve kalçalarda bulunmaktadır. Ekimoz izlenen bölgenin altındaki kemiklerde kırık izlenebilir. Subdural hematom, kafatası kırıkları saptanabilir. Genellikle acilde sık rastlanan fiziksel istismar, tokat sonrası oluşan kulak zarı perforasyonudur. Yanıklar da fiziksel istismar sonucu olabileceği gibi, daha çok ihmal sonucu yani çocukla yeterince ilgilenilmemesi sonucu da ortaya çıkabilir (19).

Erken ocukluk dönemindeki ilaç intoksikasyonunda da atlanmaması gereken bir durum yine istismardır. Bu durumda en sık olarak karşılaşılan maddeler, asetaminofen, asetil salisilik asit, sedatifler, alkol, kostik ajanlar, laksatiflerdir. Özellikle büyük miktarlarda ilaç alan küçük bir çocuktaki kazadan önce istismar dşnlmelidir. Çünkü kaza sonucu alımlarda çocuklar genellikle



1-2 tane alabilirler, aşırı dozda ilaç alamazlar. Zehirlenmelerin, istismarlar arasındaki oranı düşük de olsa, mortalitesi yüksektir (20).

Ailede psikiyatrik bozukluk olması, tek ebeveyn olması, ebeveyn yaşlarının küçük olması, ailede çok sayıda çocuk olması, ailenin sosyal destek eksikliği, yoksulluk, alkol ve madde kullanımı, ebeveynin daha önceden istismara uğramış olması ve stresli yaşam olayları gibi faktörler, fiziksel istismar oluşumunda etkili bulunmuştur (21).

Fiziksel istismar yüksek anksiyeteye, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, depresyona sebep olabilir. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda agresif tavırlar, öfke nöbetleri, saldırgan tavırlar izlenebildiği gibi, tam tersi içe kapanma, iletişimi kesme, pasif davranma gibi tepkiler de izlenebilir (22).

### **I. B. Cinsel istismar**

Cinsel istismar, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, kendisinden en az 6 yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için tehdit, kandırma ya da ikna ile kullanılması şeklinde tanımlanabilir. İstismar, çocuk ile kan bağı olan biri tarafından yapılmışsa "ensest" olarak tanımlanır. Bu durum fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, hukuki ve ahlaki bir problemdir (23).

Cinsel istismarda vakaların sadece %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir. Kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir (15). İstismarı uygulayan kişilerin büyük çoğunluğu erkeklerdir. Cinsel istismarın görüldüğü aileler genellikle işlevselliği bozuk ailelerdir. Çocuğun bakımı ile doğrudan ilgilenen babalarda, cinsel istismar uygulama çok daha az saptanmıştır. Literatüre göre kız çocuklar, erkeklerden daha çok cinsel istismara uğramakta ve bunu yapan kişiler genellikle aile içinden çıkmaktadır. Erkek çocuklar ise genellikle aile dışı, yabancı kişiler tarafından cinsel istismara uğramaktadırlar (24).

Cinsel istismar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Eylemin, istismar sayılabilmesi için penetrasyon olması gerekmez. Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, röntgencilik, doğrudan veya kıyafet üzerinden bedene

veya cinsel organa dokunma, kurbandan kendisine dokunmasını isteme, pornografik görüntüler seyrettirme ya da çocuğu pornografide kullanma, cinsel istismar kapsamında değerlendirilir. İstismarda çocuğun rızası olup olmadığına bakılmaz. Cinsel istismar gizli şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok fazla olduğundan ortaya çıkması gecikebilir. Bildirimin az olmasının sebepleri arasında, mağdurun kendisine inanılmayacağını düşünmesi, utanç duyması, tehdit edilmesi, istismarcıyı koruma isteği sayılabilir (23).

Çocukların istismara verdiği tepkiler yaşla birlikte değişiklik gösterebilir. Özellikle küçük yaş grubunun istismara verdiği tepkilerde, resimlerinde, oyunlarında cinsel temaların olması, cinsel içerikli konuşma, enürezis ve enkoprezis gibi regresif belirtiler, dikkat eksikliği, uyku bozuklukları, yalnız kalmaktan korkma, okul ve arkadaşlarıyla ani başlayan problemler yaşama sayılabilir. Daha büyük yaş grubunun verdiği tepkilerde ise yeme ve uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, depresyon, intihar girişimleri, suça yönelme görülebilir (23).

Çocukluk döneminde cinsel istismara uğramak kişide yıkıcı etkilere sebep olur. İleride kaygı bozukluğu, depresyon, bipolar bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, intihar eğilimi, özgüven eksikliği, uyku problemleri ve yeme bozuklukları gelişebilir (25).

### **I. C. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar ya da psikolojik istismar, yetişkinlerin, çocuğun ruh sağlığını ve kişiliğini olumsuz etkileyecek düzeyde küçük düşürmesi, alay etmesi, saldırgan sözler söylemesi, yeteneklerinin üzerinde istek ve beklenti içinde olması, duygusal ve sosyal gelişimlerini engelleyen hareketlerde bulunmaları olarak tanımlanabilir. Birçok şekilde izlenmekle birlikte sıklıkla küfür etme, yalnız bırakma, tehdit etme, lakapla hitap etme, bağımlı kılma, aşırı koruma, alaylı konuşma, korkutma şeklinde rastlanılabilir. Çocukluk dönemindeki istismar alanında, fiziksel ve cinsel istismar daha çok araştırılmış

olmasına rağmen, duygusal istismarın etkileri yeni yeni araştırılmaya başlanmıştır (26).

Çocuklukta duygusal istismar, çoğu kişinin tecrübe ettiği bir durum olabilir ancak sonrasında bir patoloji oluşturması için yoğunluk, sıklık ve süre önemlidir (27). Aynı zamanda istismarın diğer türlerine maruz kalmış birey, duygusal olarak da zarar görmektedir. Fiziksel ya da cinsel istismar yaşamış olan çocuk, duygusal olarak da olumsuz şekilde etkilenir. Hatta fiziksel ve cinsel istismar hasarı ortadan kalktığına bile duygusal istismar devam etmektedir (21). Çocukluk çağı duygusal istismarı, tanımlanması karmaşık olduğundan ve fiziksel kanıt eksikliği nedeniyle yasal olarak tespit etmek zor olsa dahi, cinsel ve fiziksel istismarla sıklıkla birlikte görülmesi ve kendi başına da meydana gelebilmesi nedeniyle en yaygın çocukluk istismarı kategorisi olarak sayabiliriz (28).

Duygusal istismar çok kolay fark edilemediği için, görülme oranları da net değildir. Görülme oranları açısından kız ve erkek çocuklar arasında farklılık saptanmamıştır. Sıklıkla 6-8 yaş çocuklara uygulanmakta, ergenliğe kadar devam etmektedir (17). Duygusal istismara uğrayan çocuklarda içe kapanma, özgüvende azalma, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine zarar verme davranışı gibi birçok patoloji izlenebilir (29).

#### **I. D. Duygusal İhmal-Fiziksel ihmal**

Duygusal ihmal ve fiziksel ihmal, literatürde ihmal başlığı altında toplanmıştır. İhmal ve istismar arasındaki en önemli fark, ihmalin pasif bir eylem, istismarın aktif bir eylem olmasıdır. DSÖ'nün tanımına göre ihmal, çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucu zarar görmesidir. Bu ihtiyaçlar beslenme, barınma, temizlik, eğitim, fiziksel ve duygusal gelişim ve güvenli bir yaşam ortamı sağlanmasıdır (9).

Çocuğun gelişiminin sağlanması için gereken duygusal paylaşımın ve iletişimin yokluğu duygusal ihmal; sağlığını olumsuz etkileyecek şekilde önerilere uymama, doktor kontrollerine gitmeme, geciktirme tıbbi ihmal; yaşına ve yeteneklerine uygun eğitim olanaklarından yararlanamaması eğitim ihmali

olarak tanımlanabilir. Çocuğa yetersiz ilgi göstermek, çocukla konuşmamak, sorularını yanıtıız bırakmak, çocuğun uzun süreler boyu tek bırakılması, çocuğun beslenmesinin ve giysilerinin temiz ve yeterli şekilde sağlanmaması, temel tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması, zorunlu yaşa gelmesine rağmen okula gönderilmemesi, eğitimi için gereken ihtiyaçların karşılanmaması ihmale örnek olarak verilebilir (30).

Ebeveyn yaşının küçük olması, eğitim seviyesinin ve sosyokültürel seviyenin düşük olması, madde kullanımı, aile içi şiddet, evde yaşayan kişi sayısının çok olması, psikolojik hastalıklar da ihmal riskini artırır. Hayatın ilk yıllarında ihmale maruz bırakılma, çocuğun ileride bağlanmada ve yakın ilişkilerde sıkıntılar yaşamasına sebep olmaktadır. İhmalin sürekli olması ve seviyesi çocukta geri dönüşümsüz hasarlar kalmasına sebep olabilir. Yapılan araştırmalar ihmalin çocuklar üzerindeki etkisinin en az istismar kadar yıkıcı olduğunu bize göstermektedir (30,31)

## **II. İnfertilite**

### **II. A. Tanım**

İnfertilite, çiftin herhangi bir korunma yöntemi kullanmadan, en az 12 aylık süre içinde düzenli cinsel ilişkiye rağmen, kadının gebe kalamaması olarak tanımlanabilir. Tekrarlayan gebelik kayıpları olan çiftlerde ve 35 yaş üzeri kadınlarda 6 ay tanı için yeterli olarak görülen bir süredir. Primer infertilite, 12 ay düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen hiç gebelik oluşmamasıdır. Sekonder infertilite ise, daha önce doğal yollarla gebelik oluşmasına rağmen, sonrasında 12 ay düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebelik oluşmamasıdır (32).

### **II. B. Sıklığı ve Nedenleri**

Tıbbi bir sorun olan infertilite, dünya üzerinde yaklaşık olarak 80 milyon insanı etkilemektedir. İnfertilite fiziksel bir sorun olarak karşımıza çıkmakla beraber, biyolojik, sosyokültürel, psikolojik ve ekonomik yönleri de

mevcuttur. İnfertilite prevalansı dünya üzerinde farklı dağılımlar göstermekle beraber (%5-%30), yaklaşık olarak her 10 çiftten biri infertildir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, infertilite tedavilerine ulaşımın kısıtlı olması ya da bulaşıcı hastalıklar sebebiyle daha fazla görülmektedir (33).

İnfertil çiftlerde etiyolojik faktörlerin dağılımı; %40 erkeğe ait faktörler, %40 kadına ait faktörler, %10 her ikisine de ait faktörler, %10 nedeni bilinmeyen sebepler olarak sayılabilir (34).

### **II. B. a. Düşük Over Rezervi**

Over rezervi overin fonksiyonel kapasitesini tanımlamak için kullanılır. Bir kadının üreme yeteneğinin ne kadar devam edeceği, overlerdeki primordiyal foliküllerin sayısına bağlıdır. Overlerdeki istirahat halindeki primordiyal folikül sayısını ve gonadotropinlerle uyarılabilecek folikül havuzunu tanımlar. Primordiyal germ hücreleri 6. Haftada 10 bin, 8. Haftada 600 bin, 20. Haftada 6 milyona ulaşır. Bu haftadan sonra germ hücre sayısı azalmaya başlar ve doğumda 2 milyon civarına düşer. Pubertede ise 300-400 bine kadar iner. Bu düşüş sonucu 30'lu yaşların sonlarında overde 25 bin kadar primordiyal germ hücresi kalır. Menopoz sonrası ise bin kadarı overde kalır. Özellikle kadın yaşı arttıkça üreme kapasitesinde düşüş meydana gelir. Yaş normal popülasyonda over rezervini göstermede çok güvenilir bir yöntem değilken, infertil hasta popülasyonu içinde oldukça güvenilir bir yöntemdir (2).

İnfertilite problemi yaşayan hastaların tedavi öncesinde over rezervinin değerlendirilmesi, tedavi başarısını etkilemektedir. Çiftlerin gebelik olasılıkları hakkında bilgi verir, test sonuçlarında bir patoloji varsa tedaviye erken başlanmasını sağlar. Over rezervini belirleme endikasyonları olarak 35 yaş üstü kadın, ailede erken menopoz öyküsü, geçirilmiş over cerrahisi, frozen pelvis, tek over, otoimmün hastalık öyküsü, kemoterapi/radyoterapi görmüş olmak, sistemik hastalıklar, sigara-alkol kullanımı sayılabilir.

Zayıf over yanıtı olan kadınların, gebe kalma oranları düşmektedir. Özellikle 30 yaştan itibaren üreme kapasitesinde azalma olmaya başlar. Ancak aynı yaş gruplarındaki kadınların üreme kapasiteleri ciddi farklılıklar

gösterebilir. Bu sebeple yaş tek başına uygun bir yöntem değildir. Diğer yöntemlerle desteklenmelidir.

Avrupa İnsan Üremesi ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) ve Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM) konsensusu, zayıf over yanıtını tanımlamak için Bologna kriterlerini belirlemiştir. Zayıf over yanıtı olarak kabul etmek için, aşağıdaki üç kriterden en az ikisi mevcut olmalıdır (35).

Bologna kriterleri:

- İleri anne yaşı ( $\geq 40$  yaş) veya zayıf over yanıtı için başka bir risk faktörüne sahip olmak
- Önceden bir zayıf over yanıtı öyküsünün olması (konvansiyonel yöntemle  $\leq 3$  oosit toplanmış olması)
- Anormal bir over rezerv testi (Antral folikül sayısı (AFC) 5-7'den az olması, AMH  $< 0,5-1,1$  ng/ml)

Over rezerv testleri olarak yaş, laboratuvar testleri olarak serum FSH, estradiol, AMH, İnhibin-B seviyeleri, dinamik testler ve ultrasonla değerlendirme (antral folikül sayımı ve over volümü) sayılabilir.

Antral folikül sayısı, düzenli adet gören kadınlarda, adet 2-4. Günü transvajinal usg ile tespit edilen, 2-10 mm aralığındaki foliküllerin toplam sayısını ifade eder. Dört folikülün altında bulunması kötü over rezervini gösterir, 4-10 folikülün üstünde saptanması iyi over rezervini gösterir ve 15 folikül üzerinde saptanması OHSS gelişme riskini artırır. Sonuçta AFC düşük over rezervini ve aşırı over yanıtını gösterir. AMH'nın yarıdan fazlası 5-8 mm'lik foliküllerden salgılanır. Folikül büyüdükçe AMH salgılanması azalır. AFC over rezervini değerlendirmede iyi bir belirteç iken, oosit kalitesini, IVF başarısını, gebelik sonuçlarını ön görmede daha az başarılıdır (3,36). Antimüllerian hormon dimerik bir glikoproteindir ve kadınlarda yalnızca preantral ve küçük antral foliküllerin granüloza hücreleri tarafından üretilip primordiyal primer folikül geçişini inhibe etmektedir. Folikülün boyutu arttıkça AMH salgısı azalmaktadır (37). AMH salgılanması foliküllerden olduğu için, yaşla beraber folikül havuzu azaldıkça, serum AMH seviyeleri de azalır. Bu düşüş 30'lu yaşların sonlarına doğru belirgindir. Menopozda tespit edilemez. Serum AMH

seviyesine mensturel siklusun herhangi bir gününde bakılabilir. İyi tespit edilmiş referans aralıklarına sahiptir (2).

### II. B. b. Erkek faktörü

Erkek faktörü, infertil çiftlerin %40 kadarında rol oynamaktadır. Kadın infertilitesi gibi erkek infertilitesi de multifaktöriyeldir. Erkek infertilitesi ayrıntılı anamnez ve fizik muayane ile başlamalı ve mutlaka semen analizi yapılmalıdır. Semen örneği bir haftalık cinsel perhiz sonrası alınmalı, 2 hafta sonra tekrarlanmalıdır. Toplanan örnek 1 saat içinde analiz edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü 2010 kriterlerine göre normal semen analizi bulguları aşağıdaki gibidir (38).

Ejekülat .....	1,5-5 ml
Ph .....	>7,2
Sperm konsantrasyonu.....	>15 milyon/ml
Total sperm sayısı.....	>39 milyon/ejekulat
Motilite .....	> %40
Progresif motilite .....	> %32
Normal morfoloji .....	> %4 (kruger) > %50 (WHO)
Sperm aglütinasyonu (skor 0-3).....	<2
Viskozite (skor 0-4) .....	<3
Yuvarlak hücreler .....	<1 milyon/ml

Semen analizine ilişkin terminolojik isimlendirme aşağıdaki gibidir.

Normospermi: Referans değerlerle tanımlanmış normal ejakülat

Oligospermi: Referans değerden düşük sperm konsantrasyonu

Astenospermi: Hareketlilik için referans değerden daha düşük değer

Teratospermi: Morfoloji için referans değerden daha düşük değer

Oligoastenoteratospermi: Her 3 değişkenin de bozukluğuna işaret eder

Azospermi: Ejekülatta hiç spermatozoa bulunmaması

Aspermi: Hiç ejakülat elde edilememesi



## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **I. Araştırmanın Özellikleri**

Bu araştırma anket veri toplama araçlarından yararlanılmış olgu kontrol çalışmasıdır. Bologna kriterlerine göre düşük over rezervi tanısı almış kadınlarla, düşük over rezervi tanısı dışlanmış (erkek faktör sebebi ile infertilite tedavisi gören) kadınlar arasında çocukluk çağı travması yaşama ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Eş zamanlı iki gruba “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” uygulanmıştır. İki grup arasında anksiyete ve depresyon yönünden anlamlı farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

### **II. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırmamız 30.10.2019 tarihinden itibaren 10 aylık bir süre içinde, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın ve Doğum Hastalıkları Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma öncesinde Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019-18-/16 numaralı onay alınmış, sonrasında çalışmaya başlanmıştır.

### **III. Araştırma Grubu**

Yapılan bu çalışmadaki araştırma grubu, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran düşük over rezervi tanılı 102 kadın ve yine Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran düşük over rezervi tanısı dışlanmış ve erkek faktörlü infertilite sebebiyle tüp bebek tedavisi gören 103 kadından oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin ortak özellikleri, tüp bebek merkezine

başvurmuş olmaları, 18 yaş üzerinde ve 40 yaş altında olmaları, psikiyatrik tedavi görmemeleri, kadın olmalarıdır. Katılımcıların gönüllülüğü esas alınmıştır. Katılımcılar rastgele seçilmiştir.

#### **IV. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket formu, Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) ve yine Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Çalışmada yer alan anket yanıtları ve ölçeklere ait yanıtlar isimsiz olarak toplanmıştır. Anket soruları yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından sorulmuş ve katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık olarak 20 dakika kadar sürmüştür.

##### **IV. A. Sosyodemografik Form**

Sosyodemografik bilgi formu literatüre uygun şekilde hazırlanan 11 sorudan oluşmaktadır. Bu form katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, daha önce tüp bebek tedavisi alıp almadığı, çocuğu olup olmadığı, ilk adet yaşı, sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı ile ilgili bilgileri içermektedir. Katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan onam alınmıştır.

##### **IV. B. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ))**

CTQ olarak bilinen “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” 20 yaşından önce istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, bireyin bilgi vermesine dayalı, uygulaması kolay beşli likert tipi, nicel bir ölçme aracıdır. Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk halinde 53

madde bulunurken, mevcut halinde 28 madde bulunmaktadır. CTQ ölçeği Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Bu ölçeğin alt ölçeklerinde çocukluk çağı cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı ile duygusal ve fiziksel ihmali bulunmaktadır. Toplam puan 5 alt ölçeğin (cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) puanlarının toplamı ile elde edilmektedir. Hem toplam hem de alt ölçek puanları ayrı ayrı değerlendirilir. Ölçekteki 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle duygusal istismar, 9, 11, 12, 15, 17 fiziksel istismar, 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle fiziksel ihmal, 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle duygusal ihmal ve 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle cinsel istismar değerlendirilmiştir. 10, 16, 22 numaralı maddelerle minimizasyon (travmanın inkârı) değerlendirilmiştir. Her soru 1-5 arası puanlandırılır.

Ölçek maddelerinde 1=hiçbir zaman ve 5=çok sık arasında puan verilmektedir. CTQ puanlaması yapılmadan önce olumlu ifadeler olan 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 soru maddelerinin puanları ters çevrilmektedir. Alt puan toplamı 5-25 arasında olurken toplam puan 25-125 arasında elde edilmektedir. Cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan kesme noktası olarak önerilmiştir. Toplam puan için bu sınır 35'tir (39).

#### **IV. C. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)**

HAD ölçeği olarak bilinen 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği', Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, geçerlilik güvenilirliği gösterilmiş, bireyin bilgi vermesine dayalı bir ölçme aracıdır. Kısa ve anlaşılır olması sebebiyle uygulanması kolaydır. Depresyon alt ölçeği temel olarak 'zevk alamama hali' üzerinde durmuştur.

Toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar dörtlü likert biçiminde değerlendirilerek 0-3 puan arası puanlanmaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet

gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Tek sorular anksiyete, çift sorular depresyonu değerlendirmektedir.

Ölçek anksiyete ve depresyon belirtilerini tarama amaçlı kullanılması önerilmektedir. Depresyon alt ölçeğinde, depresyonun DSM-V tanı ölçütleri arasında yer alan intihar, fobik kaçınma, suçluluk duyguları ile ilgili maddeler yokken temel olarak “zevk alamama hali” üzerinde durulmuştur (40).

## **V. Verilerin Toplanması**

Ölçeklerin uygulandığı katılımcılar gönüllülük esas alınarak rastgele seçilmiştir. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, tüp bebek merkezinin içindeki toplantı odasında birinci yardımcı araştırmacı Dr. Reyhan Çanakçı tarafından uygulanmıştır. Araştırma konusunun hassasiyeti sebebiyle, katılımcılardan isim, soy isim, iletişim bilgileri alınmamış, objektif ve rahat cevap verebilmeleri adına kimliğin tamamen gizli kalacağı güvencesi verilmiştir. Hastaların anket esnasında ya da anket sonrasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeleri durumunda, psikiyatrik yardım alabilecekleri belirtilmiştir, bu konuda gerekli yönlendirmeler yapılmıştır.

## **VI. Verilerin Analizi**

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama  $\pm$  standart sapma veya medyan (minimum-maximum), nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veri için iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM

Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

## **VII. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamızdaki sınırlılıklardan birisi, örneklem grubunun yalnızca bir tüp bebek merkezine başvuran olgulardan oluşmasıdır. Olgu sayısının az olması da başka bir sınırlılık sayılabilir. Daha geniş örneklem sayıları ile yapılabilecek çalışmalar, sonuçların gücünü artırabilir. Çocukluk çağı travmaları değerlendirmelerinin, tamamen katılımcıların öz bildirimlerine dayanması da sınırlılıklar arasında sayılabilir.

## BULGULAR

### I. Genel Değerlendirme

Çalışmamızda DOR-olgu (n=102) ve OAT- kontrol grubu (n=103), demografik özellikler, çocukluk çağı travma ölçeği, hastane depresyon ölçeği açısından karşılaştırıldı.

### II. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızda DOR grubunun yaş ortalaması 33,2 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 31,1'dir ve her iki grubun yaş ortalaması açısından anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). DOR grubunun ilk adet yaşı 12,84 iken, kontrol grubunun 12,40 saptanmıştır ( $p=0,051$ );  $p>0,05$  olduğu için fark anlamlı bir değere ulaşmamış ancak kritik değere çok yakın hesaplanmıştır.

Katılımcıların 3'ü (1,5%) okuryazar değilken, 18'i (8,8%) okuryazar, 54'ü (26,3%) ilköğretim mezunu, 44'ü (21,5%) lise mezunu, 86'sı (42,0%) üniversite ve üstü eğitim seviyesindedir. Çalışma durumlarına bakıldığında katılımcıların 103'ü (50,2%) herhangi bir işte çalışmadığını, 102'si (49,8%) ise çalıştığını beyan etmiştir. Katılımcılar ailenin toplam gelir düzeylerine göre gruplandırıldığında, 15'i (7,3%) 2000TL ve altında geliri olduğunu, 130'u (63,4%) 2000-7000TL arasında geliri olduğunu, 60'ı (29,3%) 7000TL üzerinde olduğunu belirtti. Katılımcıların 152'sinin (74,1%) herhangi bir kronik hastalığı yokken, 53'ünün (25,9%) en az bir kronik hastalığı vardır. Katılımcıların 83'ü (40,5%) ilk kez tüp bebek tedavisi aldığını söylerken, 122'si (59,5) en az bir kez tüp bebek tedavisi aldığını belirtmiştir (Tablo 1).

İki grup arasında eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık bulunup bulunmaması, daha önce tıp bebek tedavisi alıp almaması açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında çocuk sahibi olma açısından anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olma durumu kontrol grubunda daha fazlaydı. Vaka grubunda 102 kişiden 8 kişinin (7,8%) çocuğu varken, kontrol grubunda 103 kişiden 19 kişinin (18,4%) çocuğu vardır (Tablo 1).

Tütün kullanım durumu açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Vaka grubunda 43 kişinin (%42,2) halen tütün kullanmaya devam ettiği, kontrol grubunda ise 25 kişinin (%24,3) halen tütün kullanmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

İki grup arasında alkol kullanımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır, ancak p değeri kritik değere çok yakın şekilde hesaplanmıştır ( $p=0,055$ ). DOR grubunda katılımcıların 20'si (19,6%) alkol kullanırken, kontrol grubunda 29'u (28,2%) alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımı kontrol grubunda daha yüksek saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1:** DOR ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		DOR		Kontrol		p
		Ort. ± SS		Ort. ± SS		
<b>Yaş</b>		33,20±4,29		31,15±3,91		P<0,001
<b>İlk adet yaşı</b>		12,84±1,56		12,40±1,38		0,051
		n	%	n	%	P
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur yazar değil	2	2,00%	1	1,00%	0,953
	Okur yazar	8	7,80%	10	9,70%	
	İlköğretim	27	26,50%	27	26,20%	
	Lise	23	22,50%	21	20,40%	
	Üniversite ve üstü	42	41,20%	44	42,70%	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	50	49,00%	52	50,50%	0,834
	Çalışmıyor	52	51,00%	51	49,50%	
<b>Gelir</b>	2000 altı	9	8,80%	6	5,80%	0,65
	2000-7000	65	63,70%	65	63,10%	
	7000 üstü	28	27,50%	32	31,10%	
<b>Kronik hastalık</b>	Yok	71	69,60%	81	78,60%	0,14
	Var	31	30,40%	22	21,40%	
<b>Tüp bebek tedavisi</b>	Evet	63	61,80%	59	57,30%	0,513
	Hayır	39	38,20%	44	42,70%	
<b>Çocuk</b>	Yok	94	92,20%	84	81,60%	0,018
	Var	8	7,80%	19	18,40%	
<b>Tütün kullanımı</b>	Hayır	43	42,20%	48	46,60%	0,01
	Bırakmış	16	15,70%	30	29,10%	
	Evet	43	42,20%	25	24,30%	
<b>Alkol kullanımı</b>	Hayır	82	80,40%	71	68,90%	0,055
	Bırakmış	0	0,00%	3	2,90%	
	Evet	20	19,60%	29	28,20%	



### III. DOR Grubu ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

DOR grubu ve kontrol grubunun ÇÇTÖ alt grupları açısından analiz edilen puanları Tablo 2'de gösterilmiştir.

DOR grubunun Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) toplam puan ortalaması  $38,28 \pm 9,86$ , kontrol grubunun toplam puan ortalaması  $35,10 \pm 9,52$  saptandı. Her iki grubun puanları, CTQ toplam puan ortalaması için belirlenen 35 kesme değerinin üzerindeydi. Ancak DOR grubunun puanı, kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,007$ ).

**Tablo 2:** DOR ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	DOR	Kontrol	Toplam	p
<b>ÇÇTÖ Toplam Puan</b>	$38,28 \pm 9,86$	$35,10 \pm 9,52$	$36,68 \pm 9,79$	0,007

Gruplara ilişkin duygusal ihmal alt ölçek puanlarına bakıldığında DOR grubunun duygusal ihmal alt ölçek puan ortalaması  $10,09 \pm 3,79$  iken, kontrol grubunun duygusal ihmal alt ölçek puan ortalaması  $8,53 \pm 3,3$  saptanmıştır. Puanlar karşılaştırıldığında DOR grubunun duygusal ihmal alt ölçek puan ortalaması, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ). ÇÇTÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre duygusal ihmal için kesme değeri 12 puandır. Her iki grupta da değerler, duygusal ihmal alt ölçeği için belirlenen kesme değerinin altında saptanmıştır (Tablo 3).

Gruplara ilişkin fiziksel ihmal alt ölçek puanlarına bakıldığında DOR grubunun fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması  $7,26\pm 2,42$  iken, kontrol grubunun fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması  $6,94\pm 2,1$  saptanmıştır. DOR grubunun puan ortalaması kontrol grubunun puan ortalamasından yüksek hesaplanmasına rağmen puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇÇTÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre fiziksel ihmal için kesme değeri 7 puandır. Arada anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen DOR grubunun puanı kesme değeri olarak belirlenen 7 puandan yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Gruplara ilişkin duygusal istismar alt ölçek puanlarına bakıldığında DOR grubunda duygusal istismar alt ölçek puan ortalaması  $8,39\pm 3,74$  iken, kontrol grubunun duygusal istismar alt ölçek puan ortalaması  $7,28\pm 2,85$  olarak saptanmıştır. DOR grubunun puan ortalaması kontrol grubunun puan ortalamasından yüksek hesaplanmasına rağmen puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇÇTÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre duygusal istismar için kesme değeri 7 puandır. Arada anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen her iki değer de duygusal istismar alt ölçeği için belirlenen kesme değeri olan 7'nin üstündedir (Tablo 3).

Gruplara ilişkin fiziksel istismar alt ölçek puanlarına bakıldığında DOR grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması  $6,06\pm 2,07$  iken, kontrol grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması  $6,03\pm 2,71$  olarak saptanmıştır. DOR grubunun puan ortalaması kontrol grubunun puan ortalamasından yüksek hesaplanmasına rağmen puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇÇTÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre fiziksel istismar için kesme değeri 5 puandır. Gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen, her iki grubun puanları, fiziksel istismar için belirlenen kesme değeri olan 5'in üstündedir (Tablo 3).

Gruplara ilişkin cinsel istismar alt ölçek puanlarına bakıldığında DOR grubunun cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması  $6,48\pm 2,82$ , kontrol

grubunun cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması  $6,31\pm 2,24$  saptanmıştır. DOR grubunun puan ortalaması kontrol grubunun puan ortalamasından yüksek hesaplanmasına rağmen puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇÇTÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre cinsel istismar için kesme değeri 5 puandır Gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen, her iki grubun puanları cinsel istismar için belirlenen kesme değeri olan 5'in üstündedir (Tablo 3).

**Tablo 3:** DOR ve kontrol gruplarının ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

		DOR	OAT	TOPLAM	P
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
ÇÇTÖ	Minimizasyon	1,02±1,13	0,97±1,16	1±1,14	0,61
	Duygusal İhmal	10,09±3,79	8,53±3,3	9,31±3,63	0,003
	Fiziksel İhmal	7,26±2,42	6,94±2,1	7,1±2,27	0,534
	Duygusal İstismar	8,39±3,74	7,28±2,85	7,83±3,36	0,072
	Fiziksel İstismar	6,06±2,07	6,03±2,71	6,04±2,41	0,355
	Cinsel İstismar	6,48±2,82	6,31±2,24	6,4±2,54	0,669

**Tablo 4:** DOR ve kontrol gruplarının Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği alt grup puanlarının ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		<b>DOR</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>p</b>
<b>HAD Ölçeği</b>	Anksiyete	9,69±4,82	8,51±3,85	9,10±4,38	0,118
	<b>Alt Grup Puanları</b>	Depresyon	6,24±4,15	5,71±4,03	5,97±4,09
<b>Toplam puan</b>		<b>15,92±7,98</b>	<b>14,22± 6,87</b>	<b>15,07±7,48</b>	<b>0,132</b>

DOR grubunun HAD ölçeği toplam puan ortalaması 15,92±7,98 olarak, kontrol grubunun toplam puan ortalaması 14,22± 6,87 olarak saptandı. Ortalama toplam puanlar karşılaştırıldığında DOR grubunun ortalama puanı, kontrol grubundan yüksek saptanmasına rağmen, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

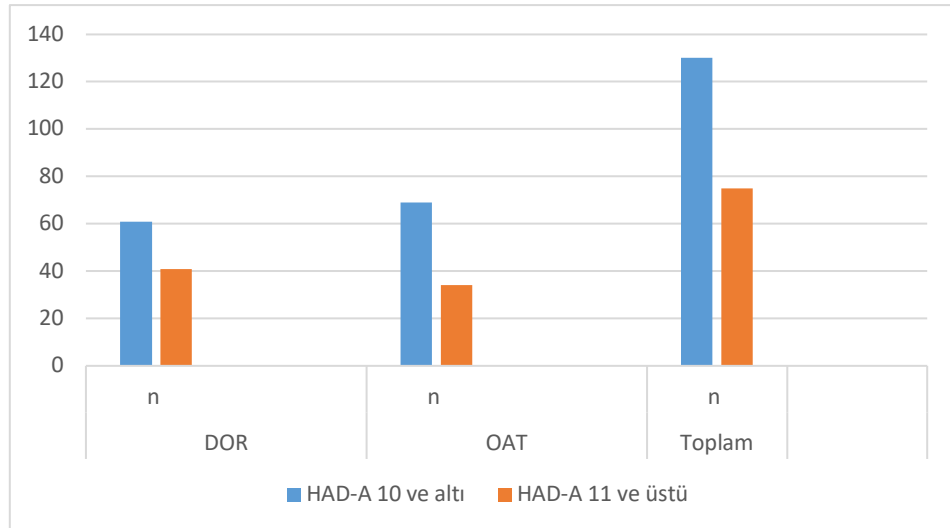
Çalışmaya katılan hastaların HAD ölçeği ile elde edilen anksiyete ve depresyon düzeyi puan ortalaması her iki grup için karşılaştırıldı. DOR grubunda HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması 9,69±4,82, kontrol grubunda HAD ölçeği anksiyete puan ortalaması 8,51±3,85 olarak hesaplanmıştır. DOR grubunda anksiyete alt ölçeği puanı, kontrol grubuna göre yüksek saptandı ancak iki grup arasında anksiyete ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

DOR grubunda HAD ölçeği depresyon puan ortalaması 6,24±4,15, kontrol grubunda depresyon puan ortalaması 5,71±4,03, olarak hesaplanmıştır. DOR grubunun depresyon alt ölçeği puanı, kontrol grubuna göre yüksek saptandı ancak iki grup arasında anksiyete ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5:** DOR ve kontrol gruplarının HAD ölçeği anksiyete alt ölçeği kesme değerine göre dağılımları

	DOR	OAT	Toplam	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
HAD-A	10 ve altı 61(59,8%)	69(67,0%)	130(63,4%)	0,285
	11 ve üstü 41(40,2%)	34(33,0%)	75(36,6%)	

HAD ölçeği Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre anksiyete için belirlenen kesme değeri 10/11 olarak bulunmuştur. Bu değer baz alındığında, DOR grubunda anksiyete riski %40,2'sinde var iken, kontrol grubunda ise %33'ünde mevcuttu. DOR grubunda anksiyete riskine sahip olanların yüzdesi, kontrol grubundakilere kıyasla daha fazla olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Toplamda 75 kişinin (36,6%), anksiyete alt ölçeği puanı 11 ve üstündeydi ve anksiyete riski yüksekti.

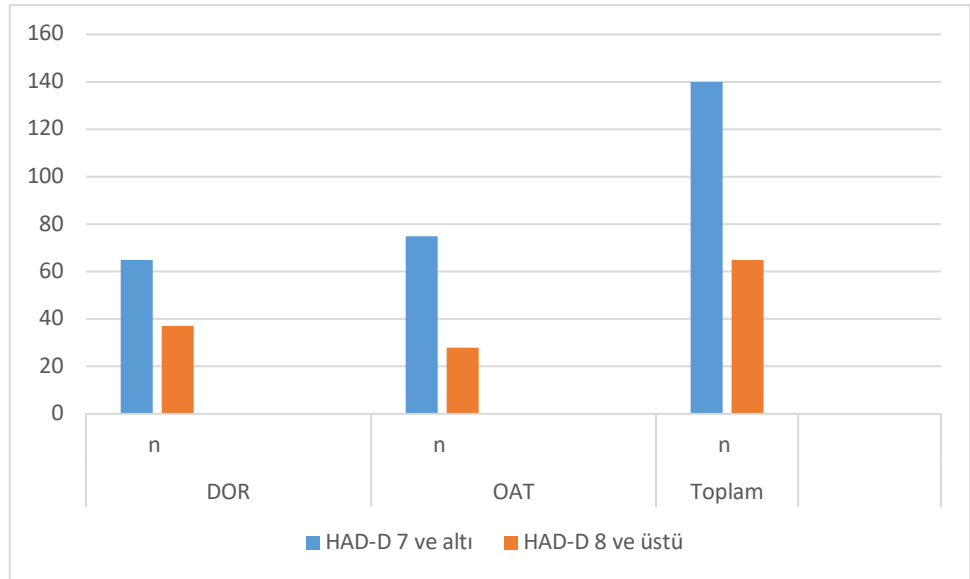


**Şekil-1:** HAD ölçeği anksiyete alt ölçeği kesme değerine göre kişi sayıları

**Tablo 6:** DOR ve kontrol gruplarının HAD ölçeği depresyon kesme değerine göre dağılımları

	DOR	OAT	Toplam	p	
	n (%)	n (%)	n (%)		
HAD-D	7 ve altı	65(63,7%)	75(72,8%)	140(68,3%)	0,162
	8 ve üstü	37(36,3%)	28(27,2%)	65(31,7%)	

HAD ölçeği Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre depresyon için belirlenen kesme değeri 7/8 olarak bulunmuştur. Bu değer baz alındığında, DOR grubunda depresyon riski %36,3'ünde var iken, kontrol grubunda ise %27,2'sinde mevcuttu. DOR grubunda depresyon riskine sahip olanların yüzdesi, kontrol grubundakilere kıyasla daha fazla olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Toplamda 65 kişinin (31,7%) depresyon alt ölçeği puanı 8 ve üstündeydi ve depresyon riski yüksekti.



**Şekil-2:** HAD depresyon alt ölçeği kesme değerine göre kişi sayıları

**Tablo 7:** DOR grubu için sigara kullanım durumlarına göre ÇÇTÖ alt ölçek ortalama puanları

		<b>Sigara içmeyen</b>	<b>Bırakan</b>	<b>Sigara içen</b>
		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
ÇÇTÖ	Minimizasyon	1,32±1,08	0,62±0,96	0,86±1,17
	Duygusal ihmal	10,12±4,16	10,31±3,70	9,98±3,52
	Fiziksel ihmal	7,19±2,62	7,56±2,63	7,23±2,18
	Duygusal istismar	8,00±3,85	7,31±4,08	8,44±3,51
	Fiziksel istismar	5,88±1,72	6,94±2,62	5,90±2,14
	<b>Cinsel istismar</b>	<b>5,44±1,53</b>	<b>7,25±2,74</b>	<b>7,23±3,49</b>

DOR grubundaki 102 kişi, sigara kullanım durumlarına göre kategorize edilip, ÇÇTÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldı (Tablo 7). Sigara kullananların cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 7,23±3,49 iken, sigara kullanmayanların cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 5,44±1,53, sigarayı bırakanların cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 7,25±2,74 olarak saptanmıştır.

Tablo 8'e bakıldığında sigara kullananların, hiç sigara kullanmamış katılımcılara göre cinsel istismar puanları istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı hesaplandı ( $p=0,001$ ). Daha önce sigara kullanıp bırakan katılımcıların, sigara kullanmamış katılımcılara göre cinsel istismar puanları istatistiksel anlamlı yüksek hesaplandı ( $p=0,009$ ). Sigara kullanan katılımcılar ve sigara kullanıp bırakmış katılımcılar arasında cinsel istismar açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı.

Sigara kullanma durumu ve ÇÇTÖ'nün diğer alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Minimizasyon yani travmayı inkarda

anlamli farklilik saptanmamasina karşın, p değeri kritik değere yakin hesaplanmıştır.

**Tablo 8:** DOR grubundaki katılımcıların sigara kullanım durumlarının ÇÇTÖ alt ölçeklerinin ikili karşılaştırılması

	<b>Minimizasyon</b>	<b>Cinsel istismar</b>
	<b>p</b>	<b>p</b>
1 ve 3	0,057	0,001
1 ve 2	0,06	0,009
3 ve 2	1	1

1-Sigara kullanmayan katılımcılar,2-Sigarayı bırakan katılımcılar,3-Halen sigara kullanan katılımcılar

**Tablo 9:** DOR grubu katılımcılarının HAD ölçeği anksiyete riskine göre ÇÇTÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmaları

	<b>10 ve altı</b>	<b>11 ve üstü</b>	<b>p</b>
	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	
<b>ÇÇTÖ</b>			
<b>Minimizasyon</b>	<b>1,25±1,14</b>	<b>0,68±1,04</b>	<b>0,008</b>
Duygusal ihmal	9,80±3,85	10,51±3,72	0,327
Fiziksel ihmal	6,93±2,34	7,76±2,50	0,075
Duygusal istismar	7,87±3,45	9,17±4,05	0,079
<b>Fiziksel istismar</b>	<b>5,66±1,30</b>	<b>6,66±2,77</b>	<b>0,04</b>
<b>Cinsel istismar</b>	<b>5,66±1,77</b>	<b>7,71±3,58</b>	<b>0,001</b>

DOR grubundaki 102 kişi, HAD ölçeği anksiyete puanlamasına göre 11 ve üstü puan alanlar, 10 ve daha az puan alanlar şeklinde iki kategoriye ayrılıp, ÇÇTÖ alt gruplarına göre analiz edildi. Bulgular Tablo 9'da gösterilmiştir. Bu tabloya göre yüksek anksiyete puanına sahip olan



katılımcıların, minimizasyon, fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları, düşük anksiyete puanına sahip olan katılımcılardan istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı hesaplandı ( $p<0,01$ ).

Anksiyete riski düşük olan gruptaki katılımcıların ÇÇTÖ fiziksel istismar alt ölçeği puan ortalaması  $5,66\pm1,30$ , anksiyete riski yüksek olan gruptaki katılımcıların fiziksel istismar alt ölçeği puan ortalaması  $6,66\pm2,77$  olarak saptandı. Çocukluk çağı fiziksel istismara uğrayanlarda anksiyete riski istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p=0,04$ ).

Anksiyete riski düşük olan gruptaki katılımcıların ÇÇTÖ cinsel istismar alt ölçeği puan ortalaması  $5,66\pm1,77$ , anksiyete riski yüksek olan gruptaki katılımcıların cinsel istismar alt ölçeği puan ortalaması  $7,71\pm3,58$  olarak saptandı. Çocukluk çağı cinsel istismara uğrayanlarda anksiyete riski istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı saptandı ( $p=0,001$ ).

Anksiyete riski yüksek olan grupta, ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının tamamı, anksiyete riski düşük olan gruptaki alt ölçek puanlarından yüksek olmakla birlikte, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10:** DOR grubu katılımcılarının HAD ölçeği depresyon puanlamasına göre ÇÇTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	7 ve altı	8 ve üstü	p
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Minimizasyon	1,12±1,17	0,84±1,04	0,238
Duygusal ihmal	9,55±3,63	11,03±3,94	0,072
<b>Fiziksel ihmal</b>	<b>6,77±2,22</b>	<b>8,14±2,55</b>	<b>0,006</b>
Duygusal istismar	8,12±3,98	8,86±3,26	0,092
Fiziksel istismar	5,88±2,06	6,38±2,09	0,167
Cinsel istismar	6,34±2,62	6,73±3,17	0,772

DOR grubundaki 102 kişi HAD ölçeği depresyon puanlamasına göre 8 ve üstü puan alanlar, 7 ve daha az puan alanlar şeklinde iki kategoriye ayrılıp, ÇÇTÖ alt gruplarına göre analiz edildi. Bulgular Tablo 9'da gösterilmiştir. Bu tabloya göre yüksek depresyon riskine sahip olan katılımcıların, fiziksel ihmal puanı, düşük anksiyete puanına sahip olan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek hesaplandı ( $p < 0,05$ ).

Depresyon riski düşük olan gruptaki katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeği puan ortalaması  $6,77 \pm 2,22$ , depresyon riski yüksek olan gruptaki katılımcıların fiziksel ihmal alt ölçeği puan ortalaması  $8,14 \pm 2,55$  olarak saptandı. Çocukluk çağı fiziksel ihmale uğrayanlarda depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p=0,006$ ).

Depresyon riski yüksek olan grupta, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği'nin alt ölçek puanlarının tamamı, depresyon riski düşük olan gruptaki alt ölçek puanlarından yüksek olmakla birlikte, duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda üzerinde sıklıkla araştırma yapılan çocukluk çağı travmaları, kişide alkolizm, intihar girişimleri, sigara, kalp hastalığı, kanser, diyabet, depresyon gibi çok sayıda sağlık problemi ve olumsuz sonuç ile ilişkilendirilmiştir (41). Çocukluk çağı travmaları anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları gibi psikolojik ve duygusal etkilere sebep olmanın yanı sıra artmış inflamasyon, artmış hipotalamus-hipofiz-adrenal aks reaktivitesi, uyku bozuklukları ve bağışıklık sisteminin suprese olması gibi birçok biyolojik etkiye sahiptir.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının, düşük over rezervi ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu doğrultuda, kişilerin ÇÇT yaşantıları sonrasında, düşük over rezervi geliştirip geliştirmedigine dair bilgi toplanmıştır. Araştırmamızda Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ÇÇTÖ ile çocukluk çağı travmaları, olgu ve kontrol gruplarında incelenmiştir. Ayrıca her iki grubun anksiyete ve depresyon riski, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amaçlarına ulaşmak üzere, yanıtı aranan sorulara uygun olarak, yapılan analizlerden elde edilenler literatürdeki bilgiler ile tartışılmıştır.

Mevcut değerlendirme, 102 DOR tanılı kadın hastadan ve 103 kontrol grubu kadından elde edilen verilere dayanmaktadır. Sosyodemografik veriler her iki grupta da incelendiğinde önemli bir fark yoktu. Menarş yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık açısından her iki grup da benzerdi. Bu grupların homojenliği açısından önemliydi. DOR tanılı hasta grubu  $33,20 \pm 4,29$  yaş ortalaması ile kontrol grubuna kıyasla daha yaşlı saptandı. Kontrol grubu yaş ortalaması  $31,15 \pm 3,91$  olarak hesaplandı. Parite, kontrol grubu kadınlarında daha yüksekti. Yine tütün kullanımı da kontrol grubunda daha yüksek saptandı.

Çalışmamızda çocukluk çağında travma yaşamış olmak, düşük over rezervi ile ilişkili bulundu. Ölçek toplam puanına bakıldığında düşük over rezervi tanısı olan kadınların, daha çok ihmal ve istismara uğramış oldukları saptandı. Literatür incelendiğinde birebir bu iki durum arasındaki ilişkiye bakılmış bir çalışma bulunmamasına rağmen, çocukluk çağı travması ve erişkin dönemdeki tıbbi bozukluklar arasında yapılmış çok sayıda çalışma vardır. Çocukluk çağı travması özellikle astım, migren, endometriozis, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, depresyon, yeme bozuklukları, obezite, diyabet, pre-diyabet gibi birçok hastalıkla ilişkilendirilmiştir (42–49).

Çalışmamızda alt ölçekler incelendiğinde, çocukluk çağında yaşanan duygusal ihmal, düşük over rezervi ile ilişkilendirilmiştir. Düşük over rezervine sahip olan kadınlar, çocukluğunda duygusal ihmale daha fazla maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca düşük over rezervine sahip olan kadınlar, kontrol grubu kadınlarından önemli ölçüde daha yüksek sayıda farklı çocukluk çağı travması bildirmişlerdir. 48801 kişiyle yapılan bir metanalizde çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal; nörolojik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları ve jinekolojik hastalık risklerini arttırmaktadır (50).

Literatürde çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalma, cinsiyet açısından farklılık göstermektedir. Kadınlarda cinsel istismar ve duygusal istismar/ihmal, erkeklerde ise fiziksel istismar sıktır (51). Çalışmamızda düşük over rezervinin duygusal ihmal ile ilişkili bulunması ve tüm katılımcıların kadın olması sebebiyle literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda iki grup arasında, 'fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar' alt grupları arasında bir farklılık görülmemiştir. Ancak puan olarak bakıldığında DOR grubunun tüm alt ölçek puanları kontrol grubundan yüksek saptanmıştır.

Yardımcı üreme teknikleri kullanan çiftlerin sayısı her yıl artmaktadır. İnfertilite tanısı, uzun süren tedavi süresi ve belirsiz sonuçları ile çiftler üzerinde psikolojik bir yük oluşturmaktadır (52). İnfertil hastalar depresyon ve

anksiyete yaygın olmak üzere sıklıkla stres semptomları gösterirler. Özellikle infertil kadınlar, erkek partnerlerine göre daha fazla stres semptomları gösterirler. Bu durumun, kadınların invaziv yardımcı üreme tekniklerine doğrudan katılmaları ile ilgili olabilir (53).

Çalışmamızda her iki grubun anksiyete ve depresyon riskleri karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızda; çalışma grubu kadın faktör sebebiyle, kontrol grubu ise erkek faktör sebebiyle olmak üzere her iki grup da infertilite tedavisi gördüğünden, her iki grubun anksiyete ve depresyon durumları benzer saptanmıştır. Literatürde çeşitli sebeplerle infertilite tedavisi gören kişilerde anksiyete ve depresyon riski yüksek saptanmıştır (54).

İnfertilite ve anksiyete-depresyon durumu birbirlerinin hem sebebi hem sonucu olabilmektedir. Yapılmış birçok çalışmada kadınlardaki yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha düşük gebelik oranları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (55). Çalışmamıza katılan 205 kadının %36,6'sının anksiyete riski yüksek saptandı ve %31,7'sinin de depresyon riski yüksek olarak hesaplandı. Yardımcı üreme teknikleri tedavisi gören 42.000 kadından oluşan geniş bir Danimarka çalışmasında, tedaviden önce yapılan depresyon taramasında %35 pozitiflik saptandı (56).

Kısırlığı tedavi etmek için kullanılan klomifen, leuprolid ve gonadotropinler gibi ilaçlar, anksiyete, depresyon ve sinirlilik gibi psikolojik semptomlarla ilişkilidir. Tedavinin ortasında kadınların semptomlarını değerlendirirken, kısırlığın psikolojik etkisi ile ilacın yan etkilerini ayırt etmek zordur. Bu nedenle, anksiyete ve depresyon semptomlarının değerlendirilmesini içeren çalışmalar, ilaca başlamadan önce veya tedaviyi bıraktıktan sonra yapıldıklarında, tedavi sürecinde yapılanlardan daha doğru fikir verebilir (55).

Diğer yandan kadınların infertilite tedavisine başlamadan önce bir umut duygusu, artan iyimserlik hissetmesi de mümkündür. Ama tedavi ne kadar çok başarısızlığa uğrarsa, depresyon ve anksiyete belirtileri o kadar sık görülmüştür. Bir tedavi başarısızlığı olan hastalarda, tedavi geçmişi

olmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek anksiyete seviyeleri saptanırken ve iki başarısızlığı olan hastalar, tedavi geçmişi olmayanlara kıyasla daha fazla depresyon yaşamaktadırlar (57). Bununla birlikte, infertil kadın ne kadar depresifse, infertilite tedavisine başlama olasılığının o kadar düşük olduğu ve sadece bir döngüden sonra bırakma olasılığının o kadar yüksek olduğu da gösterilmiştir (58). Araştırmacılar, iyi bir prognoza ve tedavi için ödenilmesi gereken finansal duruma sahip olunmasına rağmen, tedaviyi bırakmanın çoğunlukla psikolojik nedenlerden kaynaklandığını göstermiştir (59).

DOR grubu için sigara kullanım durumlarına göre ÇÇTÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, literatürle uyumlu olarak sigara kullanan ve daha önce sigara kullanıp bırakmış katılımcıların, sigara kullanmayan katılımcılara göre daha çok cinsel istismara uğradıkları saptanmıştır (60–62). Literatüre genel olarak bakıldığında çocukluk istismarı ve ihmali kapsayan olumsuz çocukluk deneyimleri, yetişkin ve ergenlerde tütün kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Bir veya birden çok olumsuz çocukluk deneyimi bildirmiş bireyler, diğer bireylerden daha çok sigara içme eğilimindeydiler. Aynı zamanda sigaraya başlama yaşı, istismar bildiren bireylerde daha düşüktü (63).

Çocukluk çağı travmaları ve yetişkinlik döneminde karşılaşılan tıbbi durumlar için çeşitli mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bu mekanizmalar genel olarak doğrudan ve dolaylı şeklinde ikiye ayrılabilir. Doğrudan olan mekanizma, travmanın sürekli şekilde olmasının vücudun stres seviyesini artırması, HPA aksını çalıştırması ve vücudu sürekli bir inflamatuvar durumda tutmasıdır (5). Dolaylı mekanizmalar ise, çocukluk çağı travmalarının açtığı psikolojik durumlar ve oluşturduğu bağımlılıklar sebebiyle oluşan hastalıklardır. Çocukluk çağı travmaları birçok psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan hastalıkla ilişkili bulunmasının yanı sıra alkol ve madde bağımlılığı ile de ilişkili bulunmuştur (64). Sigara bağımlılığının kronik akciğer hastalıklarına, astıma sebep olması, depresyonun obeziteye sebep olması gibi literatürde araştırılmış durumlar, dolaylı mekanizmalardan sayılabilir. Biz de

çalışmamızda, sigara kullanımı, anksiyete-depresyon gibi dolaylı mekanizmalarla tıbbi bozukluk yapabilecek durumları inceledik (65).

Çalışmamızda çocukluk çağında fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmale uğrama ve sigara içme davranışı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde, çocukluk çağı travması olarak cinsel istismara uğrayanların daha çok kadın cinsiyet, fiziksel istismara uğrayanların daha çok erkek cinsiyet olması bu sonuca katkı sağlamış olabilir (51). Çalışmamızdaki tüm katılımcıların kadın olması sebebiyle sonuçlar bu yönde çıkmış olabilir.

DOR grubu katılımcıları, anksiyete risklerine göre iki gruba ayrılıp ÇÇTÖ alt gruplarına göre incelendiğinde, anksiyete riski yüksek olan katılımcılar çocukluk döneminde daha çok fiziksel istismar ve cinsel istismar gördüğünü bildirmişlerdir. Adams ve ark.'nın 2018 yılında yayınlamış oldukları bir çalışmada, kadınlarda cinsel istismar özellikleri ile daha kötü psikolojik sağlık arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır (66). Yapılan bir meta-analizde, fiziksel istismar ve cinsel istismarın, duygusal boyutları da olduğundan etkilerinin çok uzun sürmekte olduğu, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik hastalıkların gelişimine daha çok sebep olduğu saptanmıştır (67).

DOR grubu katılımcıları, depresyon riskine göre iki gruba ayrılıp ÇÇTÖ alt gruplarına göre incelendiğinde, depresyon riski yüksek olan katılımcılar çocukluk döneminde daha fazla fiziksel ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Önceki meta-analizlere paralel olarak, mevcut çalışmamız çocuklukta kötü muamelenin, depresif bozukluk riskini artırdığını saptamıştır (68,69).

Genel olarak bakıldığında, tüm alt tiplerin depresif bozukluk riskini artırabileceği söylenebilirse de, depresyon daha çok çocuklukta ihmal ile daha yakından ilişkiliydi.

Çalışmamızda, çocukluk çağı travmalarının, erişkin dönemdeki düşük over rezervi riski üzerine olan etkisini incelenmiştir. Düşük over rezervi tanısı alan kadınların, çocuklukta daha çok ihmal ve istismara maruz kaldığı ve bu kadınlarda anksiyete ve depresyon riskinin daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışma sonucu elde edilen bir diğer bulgu ise sigara kullananlarda ve sigara kullanıp bırakmış olanlarda, daha önce hiç sigara kullanmamış olanlara göre cinsel istismar oranının daha fazla olmasıydı. İnfertilite tedavisi alan kadınların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi, aile öyküsünün alınması oldukça önemlidir. Çocukluk çağı travmalarının riskini artıran faktörler; ailede psikiyatrik bozukluk olması, tek ebeveyn olması, ebeveyn yaşlarının küçük olması, ailede çok sayıda çocuk olması, ailenin sosyal destek eksikliği, yoksulluk, alkol ve madde kullanımı, ebeveynin daha önceden istismara uğramış olması ve stresli yaşam olayları gibi faktörler ayrıca sorgulanmalıdır.

Aile Hekimliği uygulamalarında; riskli bireylerin ve ailelerin tespiti, riskin azaltılması için hedef belirlenmesi, motivasyonel görüşme yapılması, izlem yapılması, yakın takibi bireyin sağlık problemlerinin bütüncül değerlendirmesi açısından önemlidir. Çalışmamızın bu durumlar için farkındalık oluşturmasını amaçlıyoruz.

Çocukluk çağı travmaları önlenabilir bir toplumsal sorundur. Ailelerin eğitimi, risklerin saptanması, tanı, takip ve rehabilitasyon açısından çok sayıda araştırma ve klinik bilgiye ihtiyaç vardır. Bu bağlamda yapılan her çalışma büyük önem arz etmektedir. Araştırmamızın, literatüre katkı sağlamasını ve aile riskleri, ihmal, istismar ve sağlık sorunları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik çalışmalarının arttırılması için basamak oluşturmasını amaçlamaktayız.



## KAYNAKÇA

1. Oktem O, Oktay K. The ovary: Anatomy and function throughout human life. İçinde: Annals of the New York Academy of Sciences. Blackwell Publishing Inc. 2008: 1–9.
2. Tal R, Seifer DB. Ovarian reserve testing : a user ' s guide. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(2):129–40.
3. Ferraretti AP, Marca A La, Fauser BCJM, Tarlatzis B. ESHRE PAGES ESHRE consensus on the definition of ' poor response ' to ovarian stimulation for in vitro fertilization : the Bologna criteria. 2011;26(7):1616–24.
4. Güneri Yöyen E. Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. Int J Soc Sci Educ Res. 2017;3(1):267.
5. Coelho R, Tw V, Brietzke E. Childhood maltreatment and inflammatory markers : a systematic review. 2014;(1):180–92.
6. Jirge PR. Poor ovarian reserve. Journal of Human Reproductive Sciences 2016; 9(2): 63
7. Özen Y. Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi/Psychological Traumen is the Old History Of Mankind. 2017.
8. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. Child Abus Negl. 2005;29(4):325–34.
9. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abus Negl. 2001;25(2):279–90.
10. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme - Her Çocuk İçin Sağlık, Eğitim, Eşitlik, Koruma.
11. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2016.
12. Muşdal Çelebi B, Polat A. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıların, Yetişkin Bağlanma Stilllerinin ve Psikolojik İyi Oluşun Evlilik Doyumu

- Üzerindeki Etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2019; 29-34
13. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS, vd. Çocuk istismarı. C. 47, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 140-151
  14. Nyarko K. The Effect of Child Abuse on Children's Psychological Health. Psychol Behav Sci. 2014;3(4):105-106
  15. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abus Negl. 1997;21(4):391-8.
  16. Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B. Maltreatment among runaway and homeless youth. Child Abus Negl. 1990;14(1):87-98.
  17. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(10):1214-22.
  18. Pelendecçoğlu B, Bulut S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Derg. 2009;9(1): 49-62
  19. Pressel DM. Evaluation of Physical Abuse in Children. Am Fam Physician. 2000;61(10):3057-64.
  20. Öztaş T, Asena M, Bilici S. Koroziv madde içen çocukların yönetiminde farkındalık. Çoc Cer Derg. 2019;33(2):39-44.
  21. Bahar G, Savaş H, Bahar A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51-65
  22. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse . C. 114, Psychological Bulletin. Psychol Bull; 1993. s. 68-79.
  23. Alpaslan A, Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal. 2014; 15(2): 194-201
  24. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Alink LRA. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013;48(2):81-94.

25. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abus Negl.* 2014;38(9):1560–8.
26. Crawford E, O'Dougherty Wright M. The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *J Emot Abus.* 2007;7(2):93–116.
27. Thompson AE, Kaplan CA. Childhood emotional abuse. *British Journal of Psychiatry.* Royal College of Psychiatrists; 1996. s. 143–8.
28. Liu C, Chen X, Song P, et al. Relationship between childhood emotional abuse and self-esteem: A dual mediation model of attachment. *Soc Behav Pers.* 2018;46(5):793–800.
29. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abus Negl.* 1996;20(1):7–21.
30. Aral N, Gürsoy F. Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı. *Milli Eğitim Dergisi.* 2001;(151): 20-26
31. Lampe VA. The prevalence of childhood sexual abuse , physical abuse and emotional neglect in Europe. 2002;370-80:48-49
32. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry.* Elsevier Inc.; 2018; 2–10.
33. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. 2007;21(2):293–308.
34. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Khosravi A. Epidemiology of Female Infertility; A Review of Literature. *Biosci Biotechnol Res ASIA.* 2013;10(2):559–67.
35. Ferraretti AP, Marca A La, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L. ESHRE PAGES ESHRE consensus on the definition of ‘ poor response ’ to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. 2011;26(7):1616–24.
36. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril.* 2009;91(4):1215–23.

37. Marca A La, Sighinolfi G, Radi D, et al. " Antimüllerian hormone ( AMH ) as a predictive marker in assisted reproductive technology ( ART ). 2010;16(2):113–30.
38. Murray KS, James A, McGeady JB, et al. The effect of the new 2010 World Health Organization criteria for semen analyses on male infertility. *Fertil Steril*. 2012;98(6):1428–31.
39. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2012;32(4):1054–63.
40. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatı Derg*. 1997;8(4):280–7.
41. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118(3):933–42.
42. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women: An epidemiological study. *Psychother Psychosom*. 2002;71(3):141–50.
43. Campbell JA, Farmer GC, Nguyen-Rodriguez S, Walker RJ, Egede LE. Using path analysis to examine the relationship between sexual abuse in childhood and diabetes in adulthood in a sample of US adults. *Prev Med (Baltim)*. 2018;108:1–7.
44. Liebermann C, Kohl Schwartz AS, Charpidou T, et al. Maltreatment during childhood: A risk factor for the development of endometriosis? *Hum Reprod*. 2018;33(8):1449–58.
45. Tietjen GE, Buse DC, Collins SA. Childhood Maltreatment in the Migraine Patient. C. 18, *Current Treatment Options in Neurology*. Current Science Inc.; 2016; 18(7): 31
46. Exley D, Norman A, Hyland M. Adverse childhood experience and asthma onset: A systematic review. C. 24, *European Respiratory*

- Review. *European Respiratory Society*; 2015; 299–305.
47. Soares ALG, Hammerton G, Howe LD, et al. Sex differences in the association between childhood maltreatment and cardiovascular disease in the UK Biobank. *Heart*. 2020;106(17):1310–6.
  48. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *C. 210, British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists; 2017;210(2): 96–104.
  49. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*. Nature Publishing Group; 2014;544–54.
  50. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med*. 2009;71(8):805–12.
  51. Pulver A, Guttman A, Ray JG, O'Campo P, Urquia ML. Differences in Early Childhood Maltreatment by Maternal Birthplace and Child Sex. *J Pediatr*. 2020;218:184-191.
  52. Podolska MZ, Bidzan M. Infertility as a psychological problem. *Ginekol Pol*. 2011;82(1):44–9.
  53. Turner K, Reynolds-May MF, Zitek EM, et al. Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. *PLoS One*. 2013;8(5).
  54. Gdańska P, Drozdowicz-jastrzębska E, Grzechocińska B, et al. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. 2017;88(2):109–12.
  55. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):41–7.
  56. Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Hum Reprod*. 2013;28(4):1100–9.
  57. Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and

- depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;130(3):253–6.
58. Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod.* 2017;32(3):582–7.
  59. Rich CW, Domar AD. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. C. 105, *Fertility and Sterility.* Elsevier Inc.; 2016; 105(5);1124–7.
  60. Nichols H, Harlow B. Childhood abuse and risk of smoking onset. *J epidemiol Community Health.* 2004;402–6.
  61. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal.* 2017;2(8):356–66.
  62. Ustuner Top F, Cam HH. Childhood maltreatment among university students in Turkey: prevalence, demographic factors, and health-related quality of life consequences. *Psychol Heal Med.* 2020; 26(5):543-554
  63. Alcalá HE, von Ehrenstein OS, Tomiyama AJ. Adverse Childhood Experiences and Use of Cigarettes and Smokeless Tobacco Products. *J Community Health.* 2016;41(5):969–76.
  64. Evren C. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme. *J Clin Psy.* 2004;7(2):111–9.
  65. Menke A, Lehrieder D, Fietz J, vd. Childhood trauma dependent anxious depression sensitizes HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology.* 2018;98:22–9.
  66. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abus Negl.* 2018;86:167–77.
  67. Lindert J, Von Ehrenstein OS, Grashow R, et al. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. C. 59, *International*

Journal of Public Health. Birkhauser Verlag AG; 2014; 59(2): 359–72.

68. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(2):141–51.
69. Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *C. 9, PLoS Medicine. PLoS Med*; 2012;9(11):32-33

## EKLER

### Ek - 1: Etik Kurul Onayı



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/488  
Konu : Etik Kurul kararı

06/11/2019

Sayın Prof.Dr.Yeşim UNCU  
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvururunu yaptığımız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "*Çocukluk döneminde yaşanan psikososyal stresin düşük over rezervi ile ilişkisi*" başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 30 Ekim 2019 tarih, 2019-18/16 nolu kararın ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa STAFAOĞLU

EKLER:  
1-Karar (1 adet)  
2-BGO formu (1 adet)  
3-Anket, ölçek

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA  
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029  
e-posta: [uukaek@uludag.edu.tr](mailto:uukaek@uludag.edu.tr) Elektronik Ad: [www.tip.uludag.edu.tr](http://www.tip.uludag.edu.tr)



**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Cocukluk Döneminde Yaşanan Psikososyal Stresin Düşük Over Rezervi ile İlişkisi
------------------------------	--

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	<b>TELEFON</b>	0.224. 295 00 20
	<b>FAKS</b>	0.224. 295 00 29
	<b>E-POSTA</b>	uukaek@uludag.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Prof.Dr.Yeşim Uncu, Prof.Dr.Gürkan Uncu		
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD		
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Araş.Gör.Dr.Reyhan Çanakcı, Doç.Dr.İşıl Kasapoğlu, Öğr.Gör.Dr.Kiper Aslan, Araş.Gör.Meltem Koç		
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD		
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-		
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Olgu-kontrol çalışması		
	<b>ARAŞTIRMANIN YAPILIS AMACI</b>	Uzmanlık tez çalışması		
	<b>ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ</b>	05.11.2019 / 10 ay		
	<b>GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI</b>	200		
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ULUSAL</b> <input checked="" type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarih</b>	<b>Dil</b>
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	25.10.2019	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	25.10.2019	Türkçe
	ANKET FORMU, ILAD Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	-	Türkçe

<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Açıklama</b>
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 15.09.2019
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 15.09.2019
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih:30.09.2019
	İBU kararının okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 30.09.2019
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
<b>DİĞER:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (10.10.2019), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Çocukluk Döneminde Yaşanan Psikososyal Stresin Düşük Over Rezervi ile İlişkisi

Karar No: 2019/18/16

Tarih: 30 Ekim 2019

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.  
 1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,  
 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,  
 3- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,  
 4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu  
 BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlık ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlık ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı/Başk. Vek.	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEY Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Alperen TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Pinar YURAL Üye	Praktiyeri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hüseyin ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlık ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlık ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAK Üye	Biyo kimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyo kimya	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyoetik	U.Ü.T.F. Biyoetik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sener ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbesti Meslek	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*Toplantıya Katılanlar

## Ek - 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b> <b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b> <b>(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</b>		
	Dök.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

### LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen **"ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL STRESİN DÜŞÜK OVER REZERVİ İLE İLİŞKİSİ"** başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılıp için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruların yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkin altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Prof. Dr. Yeşim UNCU

Prof. Dr. Gürkan UNCU

#### Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmada; çocukluk dönemindeki istismar ve ihmalin, erişkin dönemde düşük over rezervine ve ayrıca yine erişkin dönemde depresyon ve anksiyeteye olan etkisini araştırmayı amaçlıyoruz.

#### İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Önce sosyodemografik verilerin olduğu bir anket ve sonrasında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini almış olan 28 soruluk "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği" ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini almış olan 14 soruluk "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" uygulanacaktır. Ölçek yüz yüze görüşme yöntemiyle, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, tıp bebek merkezinin içindeki toplantı odasında birinci yardımcı araştırmacı Reyhan Çanakcı tarafından uygulanacaktır. Anketler yaklaşık 25 dk kadar sürmektedir.

**Araştırmanın Süresi: 10 ay**

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200**

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi**

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**

Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Gürkan UNCU, Doç. Dr. Işıl KASAPOĞLU, Uzm. Dr. Kiper ASLAN, Arş. Gör. Reyhan ÇANAKCI, Arş. Gör. Meltem KOÇ

Çalışmanın adı: ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL STRESİN DÜŞÜK OVER REZERVİ İLE İLİŞKİSİ

Tarih: 25.10.2019

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 30.10.2019  
Karar No : 2019-18/16

### Ek - 3: Anket Formu

**ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE YAŞANAN PSİKOSOSYAL STRESİN DÜŞÜK OVER  
REZERVİ İLE İLİŞKİSİ**

**ANKET FORMU**

1. Yaşınız:

---

2. Eğitim durumu:  Okur yazar değil  
 Okur-yazar  
 İlköğretim  
 Lise  
 Üniversite ve üstü

3. Çalışıyor musunuz?  Evet  Hayır

4. Ailenizin toplam gelir durumu nedir?  
 2000 tl altı  2000-7000 arası  7000 tl üstü

5. Kronik bir hastalığınız var mı?  
 yok  var (varsa belirtiniz):.....

6. Daha önce tüp bebek tedavisi aldınız mı?  Evet  Hayır

7. Çocuğunuz var mı?  yok  var.....

8. İlk adet yaşıınız nedir? .....

9. Medeni durumunuz nedir?  evli  bekar  dul

10. Sigara kullanıyor musunuz?  
 Hayır  Bırakmış  Evet

11. Alkol kullanıyor musunuz?  
 Hayır  Bırakmış  Evet

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 20.10.2018  
Karey No : 2013-18/16

### ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ \*

#### Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilki gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hic bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
<b>Çocukluğunuzda yada ilk gençliğinizde...</b>					
1.Evde yeterli yemek olmadıgından aç kaldım	1	2	3	4	5
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3.Ailemdelikiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla sestenirlerdi.	1	2	3	4	5
4.Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uygunsuzcu alırlardı.	1	2	3	4	5
5.Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmemeye yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6.Yurtuk, söküük ya da kırık cisimler içersinde dolaşmak zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
7.Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikiler birbirlerini ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülmeye, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyord ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi bendem nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekte tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyamın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (bakaret, aşakılma vb.) inanıyorum	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götüreceğim birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

4 Uluşagı Şhvanstasi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araşimolar Etik Kurulu  
4. laralından onaylanmıştır.  
Tarih: 2013-12-13  
Karar No: 2013-18/167

## HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok teşekkürüyoruz, aklımıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman  
 Birçok zaman  
 Zaman zaman, bazen  
 Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar  
 Pek eskisi kadar değil  
 Yalnızca biraz eskisi kadar  
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli  
 Evet, ama çok da şiddetli değil  
 Biraz, ama beni endişelendiriyor  
 Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar  
 Şimdi pek o kadar değil  
 Şimdi kesinlikle o kadar değil  
 Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman  
 Birçok zaman  
 Zaman zaman, ama çok sık değil  
 Yalnızca bazen

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Tarih : 20.10.2018  
Karar No : 2018-18/16

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman  
 Sık değil  
 Bazen  
 Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle  
 Genellikle  
 Sık değil  
 Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Her zaman  
 Çok sık  
 Bazen  
 Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Oldukça sık  
 Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle  
 Gerektiği kadar özen göstermiyorum  
 Pek o kadar özen göstermeyebilirim  
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla  
 Oldukça fazla  
 Çok fazla değil  
 Hiç değil

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Anestezikoloji Enk. Kurulu  
Kararından Anaylanmıştır.  
Tarih : 20.10.2015  
Karar No : 2015-18/16

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yetişmemde büyük emeği geçen, bilgi ve becerilerimin gelişmesinde katkıları olan, değerli görüşlerini paylaşan bana her daim yol gösteren başta tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Yeşim UNCU 'ya, kıymetli hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'a, Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki destek ve katkıları için değerli hocam Prof. Dr. Gürkan UNCU'ya ve tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na

Tanıdığım günden beri mesleğe olan özverisini kaybetmeyen, her zaman insaniyeti ve vicdanı ile hareket eden, bana olan desteğini her daim hissettiren canım ablam Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Asistanlığım boyunca arkadaştan öte kardeş olan Dr. Şüheda GÜL'e ve bu süreçte yanımda olan, iyi ki varlar dediğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan, bana iyiyi, güzeli anlatan sevgili babam Harun BÜKRÜ'ye, sevgili annem Emine BÜKRÜ'ye, bu yolda her daim destekçilerim olan kardeşlerim Seyhan ve Berkay'a,

Her koşulda sabırla yanımda olan değerli eşim Yavuz ÇANAKCI'ya ve her yorulduğumda beni dinlendiren canım kızlarım Beren'ime ve İdil'ime teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■'ta doğdum. İlköğretim eğitimimi Devrek Ahmet Taner Kışlalı İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Zonguldak Fen Lisesi'nde tamamladım. 2007 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2014 yılında tamamladım. Zonguldak Devrek Devlet Hastanesi'nde yaklaşık 11 ay kadar mecburi hizmet görevimi yaptıktan sonra, 2015 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekimlik görevime başladım.