

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

İNFERTİL ÇİFTLERİN PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR, CİNSEL
İŞLEV BOZUKLUĞU, BAŞ ETME DÜZENEKLERİ, CİNSİYET ROLÜ
ALGILARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR.FİLİZ GÜNER AKÇİN

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR.NEVZAT YÜKSEL

ANKARA-2005

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlığı eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanma olanağı bulduğum hocam Prof. Dr. Erdal Işık'a; tezimin her aşamasında bana yardımcı olan ve bu konuda oldukça özen gösteren, bilgi birikimini bizlerle paylaşan hocam Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e; tezimi yürütürken, tecrübesinden faydalanabildiğim, uzmanlık eğitimime başlarken aynı katta çalıştığım hocam Prof. Dr. Behcet Coşar'a; psikiyatriyi daha da fazla sevmemde bize verdiği emeklerin rolü büyük olan ve bu konuda hep minnettar olacağım hocam Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a; özellikle alkol katında çalışırken tecrübesine ve psikiyatride olduğu kadar hayatın diğer alanlarında da pratikliğine hayranlık duyduğum hocam Prof. Dr. Zehra Arıkan'a; tüm sıkıntılarımızı paylaşan ve bizler için çözüm yollarını zorlayan hocam Doç. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu'na, anlayışlı ve destekleyici olan, bizlere ağabeylik yapan hocam Yrd. Doç. Dr. Selçuk Aslan'a, poliklinikte çalışırken yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Ender Taner'e teşekkür ederim.

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum boyunca bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım Prof. Dr. Şahnur Şener, Prof. Dr. Selahattin Şenol, Doç. Dr. Elvan İşeri'ye; nöroloji rotasyonum boyunca eğitimimde katkıları olan Prof. Dr. Ceyla İrkeç ve diğer Nöroloji Anabilim Dalı öğretim görevlilerine ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tezimi yürütürken hastalara ulaşabilmemde yardımlarını esirgemeyen Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na, Prof. Dr. Özdemir Himmetoğlu, Prof. Dr. Haldun Güner, Prof. Dr. Bülent Tıraş, Doç. Dr. Ahmet Erdem, Doç. Dr. Mehmet Erdem, Dr. Ümit Korucuoğlu'na, Üroloji Anabilim Dalı'na, Prof. Dr. İbrahim Bozkırlı, Uzm. Dr. Lütfü Tunç, Dr. Zakir Fazayef, Dr. Mustafa Çelik'e teşekkür ederim.

Tezimi yazma aşamasında tecrübelerini benimle paylaşan Uzm. Dr. Aslıhan Sayın'a, destekleri ve dostlukları için Dr. Esra Yancar Demir'e, Dr. Günseli Yavaş'a, Dr. Ersin Karslıoğlu'na; diğer asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri ekibine teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan aileme, eşim Übeyt Akçin'e ve "agu" lamaları ve tüm sevimliliği ile bu zor dönemimde antidepresanım olan oğlum Burak Akçin'e teşekkür ederim.

Dr. Filiz Güner Akçin

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ1

2.GENEL BİLGİLER5

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....26

4.BULGULAR.....33

5.EKLER.....54

6.TARTIŞMA ve SONUÇ.....68

7.ÖZET.....84

8.KAYNAKLAR.....85

1. GİRİŞ

İnfertilite, bir çiftte kontraseptif yöntem kullanılmamasına rağmen, 1 yıllık düzenli cinsel ilişkiye rağmen (ortalama haftada iki kez) gebelik halinin olmamasıdır (7, 75). Türkiye’de bu oran yaklaşık %10-15’dir (93). İnfertilite nedenlerinin yaklaşık %60’ı kadına, %10’u erkeğe aittir, olguların yaklaşık %20-25’inde eşlerin ikisinde de sorumluluk vardır (82).

İnfertilitenin sık görülen nedenleri; ovulasyon düzensizliği, endometriozis, spermatogenezde bozulma ve fallop tüplerinin zarar görmesidir.

Çocuk sahibi olmadaki başarısızlık çiftlerin birinde veya her ikisinde ciddi psikolojik strese neden olabilir. Kendilerini kusurlu ve istenmeyen olarak hissedebilirler. Benlik saygısında düşüklük olabilir ve depresif olabilirler, şok, insomnia, çaresizlik hissi yaşayabilirler. Kadınlık ve erkeklik duygularına olan narsisistik darbe ile uğraşabilirler. Kendini suçlama, psikolojik problemlerin olasılığını artırır. Yaşlı ve biyolojik çocuğu olmayan kadınlar, daha fazla psikolojik sıkıntı yaşayabilirler. İnfertilite, evlilik ilişkisini de etkilemektedir. İnfertil eş, terk edilmekten veya eşinin ilişkiye devam etmeyi istemeyeceğinden korkabilir. İnfertilitenin boşanmada presipite edici faktör olduğuna dair istatistikler bulunmamakla birlikte boşanmada rol oynadığı bilinmektedir. Eşlerden biri (genellikle kadın) evlat edinmeyi seçip, diğer eş reddettiğinde veya eşlerden biri yada ikisi, yardımcı üreme tekniklerini kullanmayı reddettiğinde evlilik yürümeyebilir.

Evlilik uyumsuzluğu, cinsel ilişkiler veya ebeveynlik rolleri ile ilgili duygusal çatışmalar, doğrudan endokrin işlevleri ve ereksiyon, ejakülasyon ve ovülasyon gibi fizyolojik süreçleri etkileyebilir. Fizyolojik süreçlerin etkilenmesi de fertilitiyi etkiliyor olabilir (75).

Psikolojik karakter mi yoksa infertilite tedavisinin sonuçları mı fertilitiyi etkilemekte, hala tartışma konusudur. Bu konuda farklı yaklaşımlar vardır. Birincisi, sıklıkla organik

nedeni bulunmayan infertilite, psikojenik infertiliteye eş tutulmuştur. İkincisi, hem major (savaş gibi) hem minör (üniversiteye başlamak gibi) stresörler amenoreye neden olabilir. Üçüncüsü, depresif semptomatoloji öyküsü, antidepresan kullanım öyküsü infertilite riskini artırmaktadır. Dördüncüsü, başlangıçta durumsal anksiyetenin yüksek olması, gebelik oranını düşürmektedir. Tüm bunlar, psikolojik karakter ve fertilite arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir (25), bununla birlikte stres ve infertilite arasındaki nedensel ilişkiye dair kanıt yoktur (75).

İnfertiliteye kadın ve erkeklerin yaklaşımları farklı olabilir. Kadın ve erkekler arasındaki duygusal tepki ve davranış farklılıklarını araştıran bir çalışmada, kadınlarda anksiyete, depresyon, öfke, yorgunluk daha fazla bulunmuştur. Kaçma, kaçınma, sosyal destek arama, kendini kontrol etme ve toplam baş etme skorları da yine daha fazla bulunmuştur. Bunun yanı sıra, baş etme stratejilerinin kadın ve erkekte farklı olmadığına dair çalışmalar da vardır (28). Cinsiyetin yanı sıra, eğitim düzeyi, tedavi süresi, yöntem sayısının da duygusal tepkileri etkilediği görülmüştür (48).

Kadın ve erkeklerin baş etme düzenekleri arasındaki farklılığı araştıran bir meta analizde; infertilite tedavisi ilerledikçe, ümidin yerini ümitsizliğe bıraktığı, her girişimde çiftlerin biyolojik işlevleri ve emosyonel hayatları üzerindeki kontrollerini tekrar sağlamaya çalıştığı, biyolojik çocuk sahibi olmanın kadının doğası ve işlevlerinin bir parçası olduğu vurgulanmakta ve kadın ve erkeklerin infertilite tecrübeleri, baş etme düzenekleri ve uzun dönemdeki iyilik halleri hakkında çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenmektedir (51).

Çalışmalarda cinsel kimliğin de etkilendiği vurgulanmaktadır, Olshansky'nin (69) 1996'da geliştirdiği infertilite kimliği teorisi de bunu destekler görünmektedir. Bu teoriye göre: infertilite nedeniyle sıkıntılı olan kadınlar, "arkadaş, eş veya aile üyesi" gibi önemli kimliklerini bir kenara iterek infertil kimliğini alırlar ve bunun sonucu, sosyalleşme

engellenmekte ve diğer insanlarla bağlantılar kopmaktadır. Böylece bu kimlikler kenara alınırken, infertil kimliği merkezi hale gelir. Diğer evlilik problemleri, infertiliteye verilen dikkatten dolayı bir kenara itilir.

İnfertil çiftlerin tedavisi de oldukça zordur, infertilite tedavisi pahalıdır ve çok fazla zaman ve enerji gerektirir. Hem kadınlar hem de erkekler karmaşıklık, maliyet, invaziflik ve tıbbi müdahalenin bilinmezliğinden dolayı bunalabilirler. Eşler zorlanmalara farklı tepki veriyorsa, özellikle gizliliğin kaybı evlilik uyumunu tehdit edebilir (75).

Ayrıca psikolojik nedenlerin tedaviye devam etmeme kararında oldukça önemli olduğuna dair görüşler vardır. Belki de infertilite ortamında ruh sağlığı uzmanlarının rolünü tekrar değerlendirme zamanıdır. Hastanın ruh sağlığının, infertilite tedavisinin bütünüleyici bir bileşeni olarak kabul edilmesi önerilmektedir. İnfertilitesi olan çiftlerle uğraşırken, infertilite krizinin evrelerini bilmek faydalıdır:

İlk evre; inanmama, inkar, yetersizlik, suçluluk ve çaresizlik duygularıdır.

Tedavi başarısız olduğunda, kadın ve erkekler gerçek bir yas yaşarlar. Bu yas, çocukların kaybını, genetik devamlılığın kaybını, fertilitenin kaybını, cinselliğin kaybını ve kadın için gebelik deneyiminin kaybını içerir. Çiftler arzuladıkları fakat hiçbir zaman sahip olamayacakları biyolojik çocuklarının yasını tutmak isterler. Toplum, gerçek ölümle uğraşırken ritüeller sağlarken, fertilitenin kaybının yasını tutan bireylere az miktarda yardımcı olunur veya rahatlık sağlanır.

Son evre kabuldür. Farklı yaşam planları yapılır veya diğer ebeveynlik seçenekleri düşünülür (35, 52).

Eğer infertilite tedavisi gören hastalar, aynı zamanda ruh sağlığı uzmanları tarafından da takip edilirse, hastanın sıkıntısı azalabilir, bu da daha yüksek tedavi başarısı ve daha düşük tedaviyi bırakma anlamına gelebilir (30).

AMAÇ

Bu çalışmada amacımız infertilite tanısı ile izlenen kadın ve erkek hastaları, depresyon, anksiyete ve eşlik eden diğer psikiyatrik semptomlar, baş etme düzenekleri açısından birbirleriyle kıyaslamak; infertilitenin olası cinsel işlev bozukluğu üzerine etkilerini incelemek ve infertil çiftlerdeki erkek hastaları üroloji polikliniğine başvuran erkek hastalardan seçilen kontrol grubuyla, infertil çiftlerdeki kadın hastaları, kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlardan seçilen kontrol grubuyla kendi cinsiyet rolleri üzerine kendi algıları açısından karşılaştırmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNFERTİLİTENİN TANI VE TEDAVİSİ

2.1.1. İnfertilitenin Tanımı:

Kontraseptif bir yöntem uygulamadan, düzenli bir cinsel yaşama rağmen (ortalama haftada iki kez beraberlik) bir yıl süreyle gebelik olmamasına infertilite adı verilir. İnfertilite iki sınıfta değerlendirilir.

1-Primer infertilite

2-Sekonder infertilite

Daha önce hiç gebelik oluşmamasına primer infertilite; buna karşılık, daha önce gebelik oluşmasına rağmen, bir başka gebeliğin oluşmamasına da sekonder infertilite adı verilir. Toplumların kültürel ve sosyal yapı farklılıklarına göre infertilite insidansı farklılık göstermektedir. Ortalama olarak çiftlerin %15'inin infertil olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda utanç uyandıran infertil stigmatının olması, bir kısım hastaların da maddi nedenlerle tedaviye başvuramamaları bu konuda net rakamlar verebilmeyi engellemektedir. Evli kadınların %20'si infertilite nedeni ile hekime başvurmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verileri, aileler için infertilite oranını %10-15 kabul etmektedir.

Fertiliteye etkili faktörlerin başında yaş gelir. Yaş ilerledikçe fertilite oranı azalmaktadır. Kadınlarda 25, erkeklerde 35 yaşından sonra fertilite azalmaya başlar (7, 89, 93).

2.1.2. İnfertilitenin Nedenleri:

İnfertiliteye neden olan faktörler hakkında ortalama rakamlar vermek oldukça güçtür. Bu konuda literatürde oldukça belirgin farklılıklar vardır. Örneğin erkek faktörü için belirtilen oranlar %12 ve 49 arasında değişmektedir. % 60'a varan kadın faktöründen bahsedilmektedir. Ayrıca çiftlerin %20-25'inde hem erkek, hem de kadına ait patoloji bulunmaktadır. % 8

oranında infertilitenin nedeni saptanamamaktadır. Nedeni saptanamayan infertilite, “fonksiyonel infertilite” olarak adlandırılmaktadır.

2.1.3. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi:

İnfertil bir çiftin değerlendirilmesinde hedef öncelikle infertilite neden veya nedenlerinin ortaya konmasıdır. Çiftin değerlendirilmesinde temel kural, erkek faktörünün öncelikle araştırılmasıdır, yani spermogram yapılarak başlanmasıdır.

Değerlendirmeye anamnez alınarak başlanır. Anamnezde şu bilgiler alınmalıdır:

- 1-Evlilik süresi
- 2-İnfertilite süresi
- 3-Daha önce doğum kontrolü uygulayıp uygulamadıkları
- 4-Mevcut evlilikten veya başka bir evlilikten daha önce gebelik oluşup oluşmadığı
- 5-Menarş yaşı
- 6-Menstrüel siklus süresi
- 7-Koital frekans
- 8-Sistemik hastalık ve geçirilmiş operasyon öyküsü

Ardından inspeksiyon ve jinekolojik muayene ile fizik muayene yapılır.

Kadında ultrason ile ovülasyon takibi, kanda üreme ile ilgili hormon düzeyleri bakılır. Akut stres durumlarında üreme hormonlarının (gonadotropin salgılatıcı hormon-GnRH ve gonadotropinler) salgılanmasında önemli rolleri olan nörotransmitter ve endorfinlerin etkisiyle ovülasyon ve folikül gelişimi olumsuz etkilenir. Tuba uterinaller ve uterus histerosalpingografi, laparoskopi ve tuboskopi ile değerlendirilir.

Gerek duyulursa endometrium biyopsisi alınır. Periton faktörü, endometriozis, servikal faktör, olası bir immün bozukluk ve enfeksiyonlar araştırılır.

İnfertilite nedeni olarak bilinen tüm faktörlerin araştırılmasından sonra bir infertilite nedeni ortaya çıkarılamayan ve buna karşılık en az 2 yıl süreyle çocuk sahibi olamayan çiftler nedeni açıklanamayan infertilite grubuna girer (neden saptanan hastalarda ise, infertilite tanısı koymak için çocuk sahibi olamama süresi 1 yıldır) (7, 82, 90, 93).

2.1.4. İnfertilitenin Tedavisi:

1-Terapötik İnseminasyon (Yapay döllenme):

Spermiler bir aparey aracılığı ile kadın genital sistemine verilir. Bunun için ovülasyon günü belirlenir. Genellikle bu, ultrason ile folikül takibi yapılarak olur. Ovülasyonun 3 gün öncesi ve ovülasyon günü arasındaki dönemde gebelik oranı en fazla olduğu için, ovülasyona en yakın zamanda inseminasyona başlanır. Genellikle her adet döngüsünde 2-3 kez inseminasyon yapılır ki ovülasyon zamanı yakalanabilsin.

2-İn Vitro Fertilizasyon (IVF)

“Tüp bebek” diye de adlandırılır. Vücut dışında, yumurta ile spermin kültür ortamında döllendirilmesi anlamına gelmektedir. Kadında hipofizin baskılanması için, adetın 2 veya 21. günü GnRH analogları kullanılır. Baskılanma, kanda östradiol ölçümü ve ultrason ile takip edilir. Baskılanmayı takiben hormonlarla folikül uyarımı stimüle edilir. Overlerin cevabı yine ultrason ve östradiol takibi ile yapılır. Foliküller yeterli olgunluğa eriştiğinde, hormonlarla oositin olgunlaşması sağlanır. Ardından 34-36 saat sonra, oositler yardımcılığı ile vajinal yoldan oositler toplanır. Bu esnada sperm öncelikle alınır, hareketli olanlar ayrılır ve döllenme yapılır, embriyolar uterin boşluğa transfer edilir (7, 17).

2.1.5.Tedavide Kullanılan İlaçlar:

Tedavide ovülasyon indüksiyonu için, gonadotropin agonistlerinden leuprolide asetat, follitropin alfa, follitropin beta, human menopausal gonadotropin; oral kontraseptiflerden desogestrel ve ethinyl estradiol kullanılan ilaçlardandır (70).

Gonadotropin agonistlerinin bilinen psikiyatrik etkileri: depresif duygu durumu semptomları, emosyonel labilite, psikotik özellikli depresyon, psikotik özelliği olmayan depresyon ve deliryumdur.

İlaçların duygu durumu üzerine olan etkileri ve anksiyete oluşturunca etkileri, hastaların ilaçları aldığı dönemde başlar ve son enjeksiyondan 4 ile 6 hafta sonrasına kadar devam eder. Aile öyküsünde veya anamnezinde geçirilmiş anksiyete bozukluğu veya duygu durumu bozukluğu görülenlerde risk daha fazladır. Duygu durumu labilitesinin mekanizmasının serum östrojen seviyesinin düşmesi olduğu öne sürölmektedir. Tedavide sertralinin veya düşük doz östrojenin faydalı olduğu gösterilmiştir (63, 85, 86, 87).

Oral kontraseptiflerin bilinen psikiyatrik etkileri: depresyon, anksiyete, nörotik semptomlar, yorgunluk, cinsel rahatsızlıklar, kompulsiyon, öfkedir. Bu etkilerin östrojene veya progesterona veya her ikisine bağılı olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, kontrasepsiyon kullanıyor olmanın psikolojik yanıtı olarak değerlendirildiğı çalışmalar da bulunmaktadır (16, 68, 74).

2.2. İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK YÖNLERİ

İnfertilite, çoğı çiftin sıklıkla, yaşamlarındaki en stresli olay olarak yaşadıkları psikolojik bir travmadır. İnfertilite tanı ve tedavisindeki günlük hormon enjeksiyonları, kan örnekleri, ultrason, laparoskopik cerrahi, herhangi bir aşamada başarısız olma ihtimali dahil birçok müdahale birçok açıdan streslidir (56).

İnfertil çiftlerin yaklaşık %40'ının belirgin emosyonel sıkıntı yaşadığı tahmin edilmektedir. Mevcut literatür bilgileri, infertiliteye emosyonel tepkileri, cinsiyet, tedavi süresi, biyolojik çocuk sahibi olup olmamak gibi birçok faktörün etkiliyor olabileceğini göstermektedir (66). Yapılan bir araştırmada, kadınların yarısı, erkeklerin %15'i infertiliteyi, yaşamlarındaki en keyif bozucu tecrübe olarak tanımlamışlardır (52).

1950'lerde başlayan erken çalışmalar temel olarak psikojenik kadın infertilitesine odaklanmışken, ilgi 1960'lardan sonra erkek infertilitesine kaymıştır. İnfertil erkeklerin sıkıntısı ile ilgili az çalışma vardır ve sonuçları farklıdır. Genel olarak, infertilite üzerine psikolojik çalışmalar şu üç hipoteze dayandırılır:

1-Psikolojik faktörler infertiliteyi tetikler.

2-İnfertilite sıkıntıyı (distress) tetikler.

3-İnfertilite ve sıkıntı arasında etkileşim vardır.

Böylece, bu üç hipotezin ikisine göre, infertilite bir stresördür (47, 72).

İlk iki karşıt hipotezden birincisi, psikojenik hipotezdir. Bu hipoteze göre infertilitenin nedeni psikolojik faktörlerdir, yapılan bazı çalışmalarda fonksiyonel infertilitesi olan kadınlarda, yüksek düzeyde kişiler arası güvensizlik, yetersizlik ve matürite korkusu, anksiyete, tatminsizlik, depresyon, somatizasyon eğilimi bildirilmektedir (38). Fakat literatüre baktığımızda, bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda, infertil çiftlerin kişilik özelliklerinin infertil olmayan gruptan farklı olmadığı gösterilmiştir. 1980'lerden sonra, psikojenik model, sadece fonksiyonel infertilitenin orijininin psikojenik olduğu yönünde değişmiştir. Fakat bu konuda sistematik olarak yapılmış ve örneklem grupları büyük olan çalışmalarda, fonksiyonel infertil çiftler ve organik infertil çiftler arasında psikolojik yönden farklılıklar olmadığı gösterilmiştir. Psikojenik hipotez bugün bir çok yazar tarafından reddedilmektedir (42, 92).

Son zamanlarda bu hipotez, yerini bazı yazarlar tarafından stres hipotezine bırakmıştır. Bu hipoteze göre, infertilitenin nedeni stresdir. Stres, çevreyle etkileşimler, bireysel baş etme kapasitesini aştığı zaman yaşanır. Stres, zorlanma, yüklenme anlamına gelir (6). Stresin psikolojik olduğu kadar, fizyolojik bir bileşeni de vardır Stres modeli, infertiliteyi psikosomatik bir bozukluk olarak düşünenler tarafından da benimsenmiştir. Bu yazarlar,

emosyonel durumlar ve stresle baş etme yeteneğinin, nöroendokrin duruma, gebelik oranına ve yardımcı üreme tedavisi sonuçlarına etkilerinin altını çizerler. Araştırmacıların bir kısmı ise, stresin infertilitenin nedeni olmadığını, infertilitenin strese neden olduğunu öne sürmektedirler.

Stres modelini savunanlar, infertiliteyi psikosomatik hastalıklara benzetirler. İnfertil çiftler sıklıkla kuvvetli öfke yaşarlar, bu sıklıkla inkar edilir veya baskılanır. Öfkeyi ifade edememe psikosomatik bozukluklarda tipiktir (31, 37, 53).

Fonksiyonel ve organik infertil çiftlerin normal popülasyonla karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki infertil grupta da depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundan daha yüksek bulunurken; organik infertilite grubunda depresyon, fonksiyonel infertil çiftlerde de anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, yüksek anksiyete, depresyon ve psikosomatik hastalıklara özgü olan öfkenin bastırılması kadınlarda, fonksiyonel infertilite tanısı koymada %97 belirleyici bulunmuştur. Bu durum, fonksiyonel infertil kadınlarda, çocuk sahibi olmayla ilgili stresörlere daha fazla psikolojik hassasiyet olduğunu ve bu da anksiyöz –fobik ve psikosomatik tepkiler yoluyla infertiliteye yatkın hale geldiği hipotezini desteklemektedir (37). Fonksiyonel infertilitesi olan kadınlarda gastrointestinal bölgeyle ilgili psikosomatik hastalıklara daha fazla rastlanıldığı bildirilmiştir (91).

Stres ve infertilite tedavisi sonuçları arasındaki ilişki araştırılmaktadır. Stresin, yardımcı üreme tekniklerinin başarısının gerçek ölçütü olan yaşayan bebek doğumları üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, başlangıçtaki stresin, başarılı gebelik ve doğum üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (41). İlk kez IVF uygulanacak kadınlar ve önceden bu tedavinin uygulandığı kadınlar göz önüne alındığında, stres ölçütlerinde ve tedavi başarısında herhangi bir fark olmadığı, prosedür ilerledikçe stresin artmadığı gösterilmiştir. Prosedüre

bağlı stresin ve baş etme mekanizmalarının tedavi sonucunu etkilemediği gösterilmiştir (55). Bununla birlikte, prosedür ilerledikçe stresin arttığını gösteren çalışmalar da vardır (64).

Stresin kadınlarda infertilite nedeni olabileceğini savunan bir çok araştırmacı ise, stresin artmış prolaktin seviyesine neden olarak üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini öne sürmektedir. Stres tüm infertiliterde olmasa da bazı infertiliterde altta yatan sebep olabilir.

Stresin, erkek üreme fonksiyonları üzerine olan etkileri de araştırılmaktadır. İnfertil erkeklerde de, fertil erkeklere nazaran daha fazla stres olduğu, stresin semen kalitesini düşürerek üreme işlevlerini olumsuz etkilediğine dair çalışmalar olup, bu konuda görüş birliği yoktur; fakat stresin kadınlardan ziyade erkeklerin infertilitesinde rol oynadığı düşünülmektedir.

İkinci teoriyi savunanlar, psikolojik sıkıntının infertiliteye sekonder olduğunun, infertilitenin bireye ve çifte derin emosyonel sıkıntı verdiğinin ve bu durumun psikolojik ve sosyal stresin kalıcı bir kaynağı olduğunun altını çizerler.

Hangi eşte infertilite sorunu olduğunun sıkıntıyı ve infertiliteye yanıtı etkilediğine dair çalışmalar vardır. Bu çalışmalar erkek infertilitesinin daha fazla sıkıntıya yol açtığı yönündedir (42, 46). Fakat genel görüş bunların tam tersi yönündedir. İnfertilite tanısı alan bireyden ziyade çift için bir stresördür, infertil tanısını alan bireyin daha fazla sıkıntı yaşadığı bildirilmekle birlikte, bu fark klinik olarak anlamlı değildir (51).

Yaşanan sıkıntıyı, tedavinin hangi evresinde bulunuyor olmanın etkilediği düşünülmektedir. İnfertil erkeklerle yapılan bir çalışmada sıkıntının, tedavi sonucunun açıklanacağı günde ve başarısız bir girişimden birkaç gün sonrasına kadar en fazla olduğu gösterilmiştir.

Farklı bir çalışmada ise sıkıntının tedavinin başında en fazla olduğu, ardından tedaviye aktif katılımdan dolayı azaldığı gösterilmiştir. Sıkıntının neden tedavi sürecinde azaldığına dair bilgi mevcut değildir. Bir açıklama, fertilité servisini kullanmanın, daha fazla iyilik haline neden olacak aktif bir baş etme stratejisini temsil ediyor olabileceğidir. Farklı ve ek bir açıklama, araştırmaya başlamanın sıkıntıyı artırdığı ve tedavi ilerledikçe sıkıntının azalacağıdır (72).

Özellikle tanımlanabilen medikal nedeni olmayan infertiliteyi açıklamaya çalışan bir çok psikanalitik teori vardır. Bunlar:

- Bir kadının gebelik ve annelik ile ilgili çatışması
- Kadın rolünün reddi
- Gebelik ile ilgili bilinç dışı korku
- Kötü psikososyal gelişmeyi içerir.

Bu teoriye göre, psikososyal gelişimle ilgili sorunlar, kadının döllenme girişimlerine eşlik eden bağımlılık duygularına karşı savunma geliştirmesine neden olur. Yani gebelik, gelişimin oral-bağımlı fazındaki kadının annesiyle iletişimindeki çatışma ve anksiyeteleri ortaya çıkarır. Böylece, bir kadın infertil kalarak, kendini bu tehditlere karşı savunur (52).

İnfertilite kişide şu dinamikleri açığa çıkarabilir:

1-Tehlikeye giren erkeklik/kadınlık:

Hastalar, çocukları olmazsa, gerçek bir kadın veya erkek olarak görülmeyeceklerinden korkarlar (özellikle kırsal alanlarda).

2-Kişinin kendi vücuduna karşı kişisel savaşı:

“Gerçekten istersen her şeyi elde edebilirsin”; yaşamda kişisel olarak yaşanan ilk sınır olarak çocuk arzusunun yerine getirilememesine, özellikle performans yönelimli kişilikleri olan hastalar için katlanmak çok zordur. Bu kişilerin: kendilerinden yüksek beklentileri vardır,

obsesif kompulsifliğe yatkınlıkları vardır, uzlaşma eğilimleri düşüktür, zevk alma kabiliyetleri düşüktür, olayların kendiliğinden olma olasılığı yoktur fakat kontrolün kendilerinde olma ihtiyaçları da fazladır. Vücudunun planladığı gibi işlev görüyor olmadığı gerçeği, bu kişilikteki bir kadını oldukça çaresiz hissettirir.

3-İstenen çocuğun kişisel istekleri gerçekleştirmesi beklenir:

Hastalar daha yetişkin, daha bilgili, daha kadın/erkek, daha mutlu olmayı veya sadece hoşlanmadıkları bir meslekten kurtulmayı umarlar. İnfertil bireyde, bu istekler gerçekleşemez.

4-İdealizm:

Çocuk sahibi olma isteği uzadıkça, annelik ve babalıkla ilgili daha fazla ideal ortaya çıkar. Hayallerinde kendilerini tamamen çocuklarına adanmış ideal anne ve baba olarak görürler. Bununla birlikte, aslında daha sonra gerçekten çocukları olduğunda, kendi yüksek beklentilerini karşılamakta daha fazla zorluk yaşarlar (54).

2.2.1. İnfertil Çiftlerde Depresyon, Anksiyete ve Diğer Psikiyatrik Belirtiler:

Bazı çalışmalarda, depresyon sıklığı infertil kadınlarda, fertil kadınlardan daha fazla bulunmuştur. İnfertilite ve depresyonun her ikisi de, çocuk doğurma yaşındaki kadınlarda sıklıkla bir arada bulunan yüksek prevalansa sahip hastalıklardır. Bu nedenle, depresyon mu infertiliteye neden oluyor, yoksa infertilite mi depresyona neden oluyor, yada birlikte görülmeleri tesadüfi mi henüz net değildir. Bazı araştırmacılar, birlikte görülen depresyonun tedavisinin infertilite tedavisinin sonuçlarını olumlu etkileyeceğini öne sürerken, bazıları da kadınların infertilite nedeniyle yaşadığı sıkıntının depresyona neden olacağını öne sürmektedir (13, 29, 69).

Bir çok çalışmada, infertil kadınlarda anksiyete prevalansının da yüksek olduğu gösterilmiştir. Başvurdukları esnada, kontrollerle kıyaslandığında, depresif duygu durumu ve anksiyete yanı sıra, bellek ve konsantrasyon sorunları, şaşkınlık, şok, inkar, kendi algıladıkları

çekiciliklerinde azalma, aşağılık duygusu, reddedilmiş hissetme, engellenme, kişilerarası problemler, öfke, izolasyon, suçluluk, hüznün olumsuz duyguları da bildirilmiştir. Başarısız tedavi görmüş kadınlarda, depresyonun daha fazla olduğu bildirilmektedir (3, 18, 67).

İtalyan kadınlarla yapılan bir çalışmada, infertilitenin sürekli anksiyeteyi artırmadığı, durumsal anksiyeteyi artırdığı, bu anksiyetenin de tedavi süresi arttıkça azaldığı gösterilmiştir(5).

Eşlerinden destek görüyor olup olmanın, infertil kadınlarda görülen depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kocalarının desteğini hissetmeyen kadınlarda depresyon ve anksiyete daha fazla bulunmuştur (62).

İnfertil erkeklerle yapılan çalışmalarda ise genel olarak, erkeklerde normal popülasyonla kıyaslandığında, anksiyetenin daha fazla olmadığı gösterilmiştir (44).

İnfertil kadınların, yardımcı üreme tekniği öncesinde psikiyatrik tanıları açısından değerlendirildiği bir çalışmada, herhangi bir psikiyatrik bozukluk prevalansı %40,2 bulunmuştur. Major depresyon ve distiminin görece prevalansı sırasıyla %17 ve %9,8 bulunmuştur. Duygu durumu prevalansı %26,8'dir. Anksiyete bozukluğu prevalansı %28,6 iken, anksiyete bozukluğundan en sık yaygın anksiyete bozukluğunun görüldüğü bildirilmektedir ve prevalansı %23,2 bulunmuştur. Panik bozukluğu %3,6; agorafobi %0,9; sosyal fobi %2,7; obsesif kompulsif bozukluk %0,9; travma sonrası stres bozukluğu %1,8 görülmektedir. Blumia nevroza oranı %0,9'dır. Psikiyatrik semptomların, demografik verilerden veya önceden yardımcı üreme tedavisi almış olmaktan etkilenmediği bildirilmektedir (18).

İnfertil erkeklerde psikiyatrik semptomların araştırıldığı bir çalışmada ise, somatizasyon ve aleksitimi oranı, normal popülasyondan daha fazla bulunmuştur (21).

İnfertil çiftlerle yapılan bir çalışmada, erkeklerin %44, kadınların %52'sinde gerginlik, depresif semptomlar, kaygı ve kişilerarası yabancılaşma dahil psikiyatrik semptomlar saptanmıştır (13). Erkeklerle kıyaslandığına, kadınlarda infertilitenin daha stresli yaşandığına, kadınların kendilerini daha fazla sorumlu tuttuğuna, daha fazla depresyon ve cinsel tatminsizlik yaşandığına dair çalışmalar vardır (29, 69).

Genel olarak, standardize depresyon ölçeklerinin kullanıldığı çalışmaların sonuçları ikiye ayrılabilir: İnfertil kadın ve erkeklerde, normal popülasyonla kıyaslandığında daha fazla depresif semptom olmadığını gösterenler ve normal popülasyonla kıyaslandığında daha yüksek depresyon skorları olduğunu gösterenler. Fakat, infertillerde daha yüksek depresyon skorları olduğunu gösteren bu çalışmalarda, skorlardaki yükseklik klinik olarak anlamlı bulunmamıştır (42).

2.2.2. İnfertil Kimliği:

1996'da Olshansky (69), infertil kimliği teorisini sundu. Bu teoriye göre, kendi infertilitelerinden sıkıntı duyan kadınlar, sıklıkla kendilerine infertil kimliğini alırlar. Arkadaş, eş veya aile üyesi gibi diğer önemli kimliklerini bir kenara iterler. Sonuç, sosyal izolasyon ve diğerleriyle irtibatı kaybetmektir. Bu kimlikler kenara itilirken infertil kimliği önem kazanır. Bir çok çift için infertilite, evliliğin önde gelen niteliği olurken, diğer alanlar kenara itilir. Evlilikte de sorunlar başlar. Kariyer kimliklerinin bir kenara itilmesiyle, işleri ve iş arkadaşlarıyla irtibatı kaybederler ve sosyal izolasyon riski artar. Karmaşık infertilite tedavileri sonucunda sıkıntı, hayal kırıklığı duyguları artar. İnfertiliteye daha fazla odaklandıkça, kişilerarası ilişkiler daha da kenara itilir.

Sandelowski ve Pollock (69), infertil kadınların, kendilerini fertilitenin baskın kültüründe, infertil olarak, diğer kadınlardan çok farklı oldukları şeklinde tanımlamalarından

yola çıkarak, “başkalık” kavramını ortaya atmıştır. İnfertil kadınlar, kendilerine farklı bir kimlik almaktadırlar.

Kişilerarası ilişkilerin, sağlıklı psikolojik gelişimde anahtar olduğunu söyleyen psikolojik gelişim teorisinin ve infertil kimliği teorilerinin sentezi yapıldığında, bir çok infertil kadın, infertilite ve tedavisinin fiziksel ve emosyonel gerektirdiklerinin sonucu olarak, diğerleriyle empatik bağlarında kayıp yaşarlar ve zamanla bu kayıplar depresif semptomlarla sonuçlanabilir. Bir çok infertil kadın için, infertiliteyle ilgili kayıp, derin kişiler arası kayıptır ve kendi çocuklarıyla anne olarak ilişkilerindeki rollerin yokluğu ile sembolize edilir (69).

2.2.3. Cinsiyet Rolü ve Cinsel Sorunlar:

Çocuk sahibi olmak, çoğu evliliğin önemli bir yönüdür, dünyadaki evli popülasyonun sadece %5'i çocuk sahibi olmamayı gönüllü olarak istemektedir. Öyle görünmektedir ki, ebeveynlik rolünün kazanılması, birçok kadın ve erkek için, yaşamda büyük bir hedeftir. Çoğu çift için, gebelik ve çocuk sahibi olma, cinsel ilişkilerinin beklenen sonuçlarıdır. Aile isminin sürdürülmesi için toplumsal ve ebeveynlerce uygulanan baskı, infertil çifti bir yük altına sokabilir. Çalışmalar, infertilite ile ilgili stresin, evlilik çatışmasında artma, cinsel doyumda azalma ve cinsel ilişki sıklığında azalma ile ilgili olduğunu söylemektedir.

Ebeveynlik, asırlardır kişisel tamamlanma, sosyal kabul görme, tam olarak yetişkin statüsünün elde edilmesi, cinsel kimlik elde etme ve psikolojik uyum için gerekli kabul edilmiştir. İnfertilite ile uğraşma girişiminde bulunan bireyler, sıklıkla yetersiz bir kadın veya bir erkek gibi hissettiklerini bildirmektedirler. Yapılan bir çalışmada, erkeklerin kendileri ve eşleri tarafından daha az erkeksi bulunduğu bildirilmiştir. Bir çocuğa baba olamayan bir adam, diğerlerinin kendisinin erkekliğinden şüphe edeceği duygusuna kapılabilir. Kadınlarda da infertilite ile ilgili stresin cinsel kimliği olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Fonksiyonel

infertilitesi olan kadınların, kadın rollerini kabullenmede güçlüklerinin olduğu bildirilmekle birlikte, bu konuda kesin bilgiler yoktur. Çiftteki kişisel ve cinsel yetersizlik duyguları, çiftler arasında çatışma ve cinsel işlev bozukluklarıyla sonuçlanabilir (4, 24, 28, 36, 88, 91).

Bununla birlikte, yardımcı üreme teknikleri uygulanırken, psikolojik ve fizyolojik sıkıntıya rağmen, infertil çiftlerin evlilik ilişkilerinin sevgi dolu ve destekleyici olduğuna dair çalışmalar da vardır. Bu durum muhtemelen sürecin, tüm ilişkiye olumlu etkisi olduğuna bağlanmıştır..

İnfertilitenin, cinsel işlevler üzerine etkisini inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. İnfertilitenin cinsel uyumsuzluğu artırdığına dair bir çalışmada, infertil çiftte, cinsel birlikteliğin mekanik ve zorunlu bir hal aldığı bildirilmektedir (1).

Yine yapılan bir çalışmada, infertil kadınların %71'i, cinsel aktivitenin çok daha amaçlı bir hale geldiğini bildirmektedir (26).

Bu çalışmalara tezat, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerle yapılan bir çalışmada ise, kadınların cinsel ilişki sıklığında artma ve cinsel istekte artma bildirdiği gözlenmiştir. Bu farklılık, gebe kalma isteğinin yapay bir yansıması olarak yorumlanmıştır. Aynı çalışmada erkekler, daha fazla cinsel tatminsizlik ve cinsel işlev bozukluğu bildirmişlerdir (65).

Cinsel işlev bozuklukları ile baş etme düzenekleri arasında da ilişki olduğu gösterilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının, adaptasyona yönelik baş etme stratejilerini kullanan çiftlerde daha az görülürken, plan yapma ve geride durma stratejilerini kullanan çiftlerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (10).

Çiftlerde görülen psikolojik cinsel bozuklukların oranı şöyledir:

Erkeklerde, prematür ejakülasyon en sık rastlanan sorun olup %66, erektil işlev bozukluğu %15, azalmış libido %11, orgazm olamama %8 oranında görülmektedir.

Kadınlarda dispareni en sık rastlanan sorun olup %58, azalmış libido %28, orgazm olamama %14 oranında görülmektedir.

Ayrıca, erkeklerde ejakülasyon olmaması, retrograd ejakülasyon; kadınlarda vajinismus da bildirilmektedir (50).

2.2.4. İnfertil Çiftlerin Baş Etme Düzenekleri:

Baş etme, stres durumlarıyla karşılaşırkenki tüm girişimlere verilen ortak terimdir, nispeten zor olan durumlara adaptasyondur. İnfertilite, kronik, önceden tahmin edilemez ve kişisel ve tıbbi olarak kontrol edilemez, kişinin baş etme kaynaklarını aşabilen stresör olarak kavramlaştırılabilir. Böylece baş etme seçimleri, tedavi kararını almada, emosyonel dengeyi korumada, evlilikte açık iletişimi devam ettirmede gerekli olabilir (57, 66).

Baş etme, kişinin kaynaklarına yük getiren veya aşan belirli dışsal veya içsel isteklerle baş etmek için sürekli şekilde değişen bilişsel ve davranışsal çabaları içerir. Lazarus ve Folkman (66), bilişsel ve davranışsal olarak iki tür baş etme çabası tanımlamıştır:

1-Problem odaklı baş etme:

Kişinin taleplerini değiştirmek için direk çabalarını içerir. Problem odaklı baş etmeye örnekler: problemi tanımlama, alternatif çözümler üretme, bunlar üzerinde düşünme ve bir hareket planı takip etmektir.

2-Emosyon odaklı baş etme:

Stres verici olayla ilgili emosyonları düzenleme çabalarını temsil eder. Emosyon odaklı stratejiler, problemin neden olduğu emosyonel sıkıntıyla baş etmeye odaklıdır ve emosyonel sıkıntının ifade edilmesi, sosyal destek arama, kaçma/kaçınma, ilgiyi dağıtma ve gerilimi azaltma, olumlu tekrar değerlendirmeyi içerir. Araştırmalar bu stratejilerin daha az etkili olduğunu ve problem odaklı baş etmeden daha kötü zihin sağlığına neden olduğunu

gösterilmiştir. Kaçınan baş etmenin, zamanla stresi artırdığı, probleme odaklı baş etmenin ise stresi azalttığı yönünde çalışmalar vardır.

Her iki baş etme stratejisinin de uyuma yönelik potansiyeli vardır. Baş etme çabalarının sonuçlarını değerlendirirken, stratejilerin hangi ortamda kullanıldığını göz önüne almak gerekir. Baş etme stratejileri kalıtsal olarak adaptif veya maladaptif değildir. Aynı strateji farklı psikososyal sonuçlarla ilgili olabilir. Bununla birlikte, araştırmacılar genel olarak, problem odaklı baş etmenin daha adaptif olduğu görüşündedir (8, 51).

Etkin baş etme, infertil bireylerin psikolojik uyumunda gerekli olarak tanımlanmıştır. Lazarus ve Folkman'ın stres ve baş etme teorisinde, stres verici bir olaya uyumu, durumsal değişkenler, kognitif değerlendirme ve etkin baş etme stratejilerinin seçiminin etkileşimi belirlemektedir (66).

Literatürde, infertilitenin kadınlarda daha fazla strese neden olduğu öne sürülmektedir. Örneğin fertilite araştırması, kadınlar için daha karmaşık, rahatsızlık verici prosedürler içerir (59). Kadınların tedavisi daha invazif ve daha pahalıdır. IVF teknikleriyle kadınlar, hormonal tedavinin etkileriyle ilgili daha fazla anksiyete bildirirler ve sıklıkla daha fazla duygu durumu dalgalanmaları yaşarlar. Kadınlar infertilite tedavisine daha sık başvururlar. Medikal testler ve infertilite tedavisinin çoğunluğu kadının üreme sistemini içerdiği için, hayatı eşinin hayatından daha fazla bozulur. Kadınlar, medikal tedavi ve o esnada işle ilgili aksamalar konusunda kaygı yaşarlar (51, 56).

Bir diğer önemli cinsiyet farklılığı da, kadınlarda kariyer yapmanın artmasına rağmen, çocuk sahibi olmanın primer olmasa da önemli bir sosyal rol olarak hala vurgulanmasıdır. Bu sosyal yapılanmaların yansıması, infertilite tedavisindeki kadınlar, kendi durumlarını kabul etmeden önce, biyolojik anne olma konusundaki yolları zorlamak zorunda hissederler. Bir çok infertil kadın sıklıkla, yaşamındaki herhangi bir şeyden hatta evliliğinden çok infertil kimliği

ile ilgilenir ve kendi değerlerini sorgular. Kadınlar, kendi davranışlarının infertilite nedeni olduğuna daha fazla inanmaktadırlar ve eşleri infertil olsa da kendilerini suçlu hissetmektedirler ve eşlerinin kendilik değerini korumak için sorumluluğu kendi üzerlerine alabilmektedirler (11, 69).

Kadın ve erkeklerin infertiliteye bakış açılarının farklılığını gösteren bir çalışmada, kadınlarda infertilitenin en önemli yönünün, çocuk sahibi olmak için kuvvetli arzu olduğuna, erkekler için erkek rolünü tamamlamak için sosyal baskının en temel temalar olduğuna gösterilmiştir (45).

Literatüre bakıldığında, infertil kadınlar ve infertil erkekler arasındaki farklar şu şekilde özetlenebilir, infertil erkeklerle kıyaslandığında infertil kadınlar:

- Daha az kendilik saygısı (self-esteem) gösterirler.
- Daha çökkündürler.
- Yaşamlarından memnuniyetleri daha azdır.
- İnfertilitelerinden dolayı kendilerini suçlama eğilimleri daha fazladır.
- Çocuksuzluğu daha zor kabullenirler.
- Çocuklardan, gebe kadınlardan ve fertilitayı hatırlatan diğer şeylerden daha fazla kaçınırlar.
- Tedaviye başlamaya daha isteklidirler.
- İnfertilite hakkında bilgi aramaları daha fazladır.
- Tedaviye son verme istekleri daha azdır.
- İnfertilitenin olumsuz sonuçlarına, ebeveyn olmanın iyi geleceğini daha fazla düşünürler.

Eğer kadın ve erkekler infertiliteyi farklı yollarla yaşıyorlarsa, kadın ve erkeklerin infertilite stresiyle farklı yollarla baş edip etmedikleri düşünülmelidir. Böylece çiftlerin

psikolojik uyumlarını anlamak için, kadın ve erkeklerin farklı baş etme yollarını anlamak önemlidir.

İnfertilite patogenezinin psikolojik yönleri ve bununla nasıl baş edildiği uzun süre sadece kadın infertilitesi ile ilişkilendirildiği için, çocuk sahibi olmak isteyip olamamakla erkeklerin nasıl baş ettiği ile ilgili daha az şey bilinmektedir. Kadın ve erkeklerle ilgili farklı rol beklentilerinin burada devreye girdiği öne sürülmektedir.

Bir çok çalışmada, sağlık problemleri de dahil yaşamla ilgili stresörlerde, kadınların emosyon odaklı baş etme stratejilerini erkeklerden; erkeklerin problem odaklı baş etme stratejilerini kadınlardan daha fazla kullandığı gösterilmiştir. Fakat, IVF ve inseminasyon tedavisi gören kadınlarla yapılan bir çalışmada ise, kadınlarda problem odaklı baş etme stratejilerinin daha fazla kullanıldığı gösterilmiştir. İnfertil kadın ve erkeklerin baş etme stratejilerinin, infertilite nedeni de göz önüne alınarak değerlendirildiği bir çalışmada, doktora baş vuranlar genelde kadınlardır (13, 48, 51).

Eğer infertilite sadece jinekolojik bir soruna bağlıysa, kadın ve erkeklerin farklı baş etme stratejilerini kullandığı düşünülebilir. Kadınlarda problem yönelimli baş etmenin, kendini uzak tutmanın ve kendilik stabilizasyonun daha fazla bulunduğu bildirilmektedir. Eğer kadın faktörü söz konusuysa, kadınlar daha fazla baş etme çabası göstermektedir. Cinsiyetler arasında diğer stratejiler açısından fark bulunmamıştır. Kadınlar için, infertilitenin sadece somatik bileşeni rol oynamamaktadır, sosyal, kültürel, emosyonel yönleri de önemli rol oynar. Sadece erkek faktörü söz konusu olduğunda, çiftler daha kırılgandır, çünkü erkekler kişisel şeyler hakkında konuşmazlar ve emosyonel sıkıntılarını kendilerine saklarlar. Kadın, eşini destekler ve öfkesini kendine yönlendirir ve eşini erkek kısırlığı damgasından korumaya çalışır. Böylece çift izolasyona eğilimlidir (57).

2.2.5. İnfertilitede Kültürel Etkenler:

Psikolojik sıkıntı ile ilgili literatürün çoğu uluslararasıdır. Bununla birlikte, farklı ulusal ve kültürel ortamların infertiliteyi nasıl şekillendireceğine gerçek anlamda hiçbir zaman değinilmemiştir. Bu konuda yapılan araştırmalar, kültürel faktörlerin de önemli olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, literatürde, infertilite süresi arttıkça, depresyon ve anksiyetenin azaldığına dair çalışmalar vardır. Türk infertil kadınlarda da durumun böyle olduğu gösterilmiştir (43). Bununla birlikte, İranlı infertil kadınlarla yapılan çalışmada, anksiyete ve depresyonun, infertilite süresi ile birlikte arttığı gösterilmiştir. İnfertilitenin ilk 3 yılında depresyon ve anksiyete düzeyi daha düşükken, infertilite tanısı aldıktan 4-6 yıl sonra semptomların daha belirgin hale geldiği gösterilmiştir. Araştırmacı tarafından, sonuçların diğer çalışmalardan farklı olması, İranlı kadınlar için çocuk sahibi olmanın çok önemli olmasına bağlanmıştır. Bu durum, İslam ve doğu ülkelerinde, aile statüsü, özellikle çocuk doğurmanın çok önemli olduğuna, çocuk sahibi olmanın aileyi stabilize ettiğine ve evlilikten tatmini artırdığına bağlanmıştır. Özellikle birden fazla kadınla evlenmenin mümkün olduğu İslam toplumlarında, çocuk sahibi olmanın psikolojik olarak kadın için hayati bir faktör olduğu; çocuğun olmamasının, boşanmaya veya ikinci bir evlilik gibi sorunlara yol açabileceği ve bu durumda psikopatolojinin daha fazla olacağı; genellikle infertil kadınların, evlilikte dengesizlik, damgalanma ve kötüye kullanım da dahil olumsuz sonuçlara maruz kalacağı yorumu yapılmıştır (2, 42, 73, 77).

Kültürel etkenlerden önemli olan bir diğer faktör ise eğitim düzeyidir. Arap infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi daha düşük olanlarda, infertilitenin doğa üstü güçlere bağlandığı ve gerginlik, kendini suçlama ve suisid düşüncelerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (39).

Kültürel etkenler, tedavi aşamasında da etkili olabilirler. Nijeryalı infertil kadınlarla yapılan çalışmada, kadınların çözüm aşamasında, tıp doktorları yanı sıra, ibadet yerlerine ve geleneksel üfürükçülere başvurdıkları bildirilmektedir (84).

2.2.6. İnfertilite Tedavisinde Psikiyatrinin Yeri:

İnfertilite sıkıntısı ve medikal tedavisinin, eşlerin kişisel ve çift hayatının farklı yönlerini etkilediği bildirilmiştir. Birincisi, infertilite yaşantısı sıklıkla, ilişkide ve aile yapısında önemli sınır belirsizliklerine yol açar. Kişinin kendisi ve dünya hakkındaki derin düşüncelerine meydan okur. İlişkideki destek, tatmin ve iletişim etkilenir. Cinsel ilişkide önemli değişiklikler meydana gelir. İkincisi, tanısız prosedürler ve tıbbi tedavi sıklıkla, bunların yapıldığı çiftlerin çoğu için beklenmedik bir stres kaynağıdır, çünkü tanı ve tedavide çiftler ilerledikçe, giderek invazivliği artan tetkiklere, zaman ve para harcayan prosedürlere maruz kalırlar. İnfertilite ve tedavisinin sonucunda ortaya çıkan emosyonel sıkıntıya verilen önem, dünya çapında, infertil çiftlere psikososyal müdahale sağlama önerisine gitmiştir. Şimdiye kadar bir çok psikososyal müdahale şekli önerilmiştir. Bunlar:

- 1-Bilgi verme
- 2-Emosyon ve problem odaklı müdahaleler
- 3-Destekleyici grup tedavileri
- 4-Psikolojik ve cinsel danışmanlık
- 5-Bilişsel davranışçı tedavi
- 6-Diğer yöntemler

Bilişsel olarak, hastanın infertilite sebeplerini nasıl açıkladığı, kendini suçlama olup olmadığı, eşine uygun olmayan suçlama veya hostilite ve varsa mantık dışı kognisyonlar ele alınır. “Başarısızım” veya “hiçbir zaman mutlu olamayacağım” gibi düşüncelerin yeniden yapılandırılması faydalı olabilir.

Zihin-vücut tedavisi denilen diğer bir yöntemde ise, gevşeme teknikleri, vücuduna odaklanma, çiftlere grup terapileri vardır. Terapistin destekleyici, nötral, hastaların seçeneklerin gerçekliği kadar, tüm duygularını incelemeleri için introspektif bir ortam sağlaması önemlidir (1, 30, 40, 52, 60, 76, 83)

Her fiziksel (somatik) problemin, psikolojik (emosyonel) bir yanı olduğunu düşünen yazarlara göre, infertilite probleminin altında yatan içsel çatışmaları açıklayan psikodinamiklere odaklanmak danışmanlığın primer amacıdır. Hastalara fiziksel olarak medikal tedavi önerirken, psikolojik olarak danışmanlık önerilmelidir. Hastalar sıkıntılarını konuşmaya hazır olduklarında, ebeveynlikle ilgili gerçekler, her iki eşin de psikodinamikleri, her iki eşin de biyografik özellikleri ve psikososyal çevreleri ele alınmalıdır. Çiftlerin tedavi ile ilgili ambivalanslarına da değinilmelidir. Sıklıkla çocuk sahibi olma arzusunda ambivalans yaşanır. Bu ambivalans, gebe rolü ve ebeveyn rolü ile ilgili belirsizlikten, bir çocuğun gelmesiyle etkilenecek olan, çiftin ilişkisinin belirsizliğinden kaynaklanabilir (54, 91).

Tedavi esnasında, çifte, kaybının yasını tutmasında yardımcı olunmalı, çifte uygun üzüntüyü yaşaması için izin vermelidir. Çift elde edemeyeceği kontrolden vazgeçmelidir. Duyguları, düşünceleri ve yaşamının seyri üzerine hala biraz kontrolü olduğu düşüncesini tekrar kazanmalıdır. Terapist, hastasına, yastan belirsiz bir geleceğe doğru olan bu seyahatinde eşlik edebilmelidir. Sonuç olarak terapist, hastasına, ümit etmek ve yeniden yapmakta yardımcı olur (52).

Psikiyatrik yardımın, infertilite tedavisine de olumlu etkileri olduğu yönünde çalışmalar vardır. Yardımcı üreme tekniği ile tedavi gören Türk kadınlarla yapılan çalışmada, danışmanlık vermenin, anksiyete ve depresyon oranını azaltarak gebelik oranını artırdığı, danışmanlığa tedaviye başlarken başlamanın ve tedavi sona erinceye kadar , gebelik oluşsun veya oluşmasın, devam etmenin gerektiği vurgulanmaktadır (82).

IVF tedavisi için başvuran infertil çiftlerle yapılan bir çalışmada, hem kadın ve hem de erkek hastaların %75'inin tedaviye başlamadan önce bir psikologla görüşmek istediği; hastaların yaklaşık yarısının ise, tedavi süresince de bu desteğin gerekli olduğunu düşündüğü bildirilmiştir (58).

Ayrıca, psikolojik nedenlerin tedaviye devam etmeme kararında oldukça önemli olduğuna dair de görüşler vardır. Belki de infertilite ortamında ruh sağlığı uzmanlarının rolünü tekrar değerlendirme zamanıdır. Şu anda bu uzmanlara iki şey için başvurulmaktadır: Tedaviye devam edecekleri belirlemek ve sıkıntıda olanlara psikoterapi sağlamak. Birçok infertilite hastası, ruh sağlığı uzmanına cezalandırıcı bir yolla sevk edilmektedir; öyle ki, eğer infertiliteyle daha az duygusal bir yolla baş edebilselerdi, böyle bir danışmaya gerek olmayacaktı. Oysa hastanın ruh sağlığının, infertilite tedavisinin bütünüleyici bir bileşeni olarak kabul edilmesi önerilmektedir. Nasıl ki histeriyosal fongogram olmadan hastanın değerlendirilmesi tamamlanmamış kabul ediliyorsa, anksiyete ve depresyon düzeyi, krizlerle baş etme yetisi de değerlendirilmelidir; bu şekilde, hastanın sıkıntısı azalabilir, bu da daha yüksek tedavi başarısı ve daha düşük tedaviyi bırakma anlamına gelebilir (15, 30).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Aile Planlaması, İnfertilite ve Üreme Sağlığı Merkezi Tüp Bebek Ünitesine Şubat 2005-Temmuz 2005 tarihleri arasında başvuran ve kadın faktörünün, erkek faktörünün, kadın ve erkek faktörünün sorumlu olduğu veya sebebi bilinmeyen infertilite tanısı almış olup tedavi aşamasında olan 75 infertil çift, denek grubu olarak alınmıştır. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılma konusunda rıza gösterenlere, bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Cinsiyet rolleri açısından karşılaştırmak üzere, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Nisan 2005 ve Eylül 2005 tarihleri arasında başvuran 75 kadın hasta ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğine Nisan 2005 ve Ağustos 2005 tarihleri arasında başvuran 75 erkek hasta alınmıştır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde infertilite, cinsel işlev bozukluğu, menopoz ve gebelik tanılarıyla izlenen; üroloji polikliniğinde infertilite, cinsel işlev bozukluğu tanılarıyla izlenen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubuna alınan hastalara da aynı şekilde, çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olarak katılmak isteyenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Denek grubundan almış oldukları infertilite tanıları, görmüş oldukları tedavi ve o andaki tedavi ve kullanmakta oldukları ilaçlar konusunda bilgi alınmıştır. Kendileri doldurmak üzere, demografik özelliklerin sorulduğu demografik bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Arizona Cinsel Yaşantılar Kadın/ Erkek Formu (ACYKF/ACYEF) , Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (BCRE) verilmiştir.

Kontrol grubuna, demografik bilgi formu ile BCRE verilmiştir.

Hastalara uygulanan psikolojik testler, testlerin uygulama şekilleri ve değerlendirmeleri şöyledir:

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlara uygulanır.

Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. 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. Öte yandan 2, 4, 7, 9, 12, ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12, ve 14. maddelerin puanları toplanır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için 7 / 8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir .

Ölçeğin orijinali Zigmond ve Snaith (95) tarafından geliştirilmiştir.

Ölçek Türkçeye Ö. Aydemir, T. Güvenir, L. Küey ve S. Kültür (9) tarafından uyarlanmıştır. Türkçe formun geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (49).

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı (STAI-I) seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur. Sürekli kaygı (STAI-II) bireyin kaygı yaşantısına olan

yatkınlığıdır. Bu tür kaygısı yüksek olan insanların kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür.

Toplam 40 maddeden oluşan, yirmiştir maddelik iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeğin maddelerinde ifade edilen duygu yada davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar ise sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Ölçek kendini değerlendirme yöntemi ile uygulanır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları dile getirir, bu ikinci tür ifadelerde, 1 ağırlık değerindeki ifadeler 4'e, 4 ağırlık değerindekiler 1'e dönüştürülür. Toplam puan 20-80 arasındadır. Durumluk kaygı ölçeğindeki 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler; sürekli kaygı ölçeğindeki 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. maddeler tersine dönmüş ifadelerdir. Puanlama yapılırken, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. Test puanı olarak 60 ve üstünde bir puan, her iki test için de anlamlıdır. Puanın artması artmış kaygıyı göstermektedir(71, 94).

Bu envanter, 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu, 1985 yılında Öner ve LeCompte (71) tarafından yapılmıştır, bugüne kadar elde edilen veriler envanterin geçerlik ve güvenilirliğinin tatminkar seviyede olduğunu gösterilmiştir.

ROSENBAUM ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ

Stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ve kendini denetleme becerilerini ölçen, kendini değerlendirme tipi bir ölçektir. 36 maddeden

oluşur, beşli likert tipi puanlanır. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğine, bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir. 12 alt faktörden oluşur:

- 1-Planlı davranma (PD): 11, 32, 33, 34. maddeler
- 2- Ruh hali denetimi (RHD): 5, 13, 15, 17. maddeler
- 3- İstenmeyen düşüncelerin denetimi (IDD): 4, 6, 9, 21, 31. maddeler
- 4- Dürtü denetimi ve planlı davranma (DDPD): 3, 7, 12, 26, 27, 28. maddeler
- 5- Yeterli olma ve kendini yatıştırma (YOKY): 12, 16, 24, 25. maddeler
- 6- Ağrı denetimi (AD): 23, 31. maddeler
- 7-Erteleme (E): 18, 22, 29, 30. maddeler
- 8- Yardım arama (YA): 7, 14, 19. maddeler
- 9- İyiye yorma (IY): 1, 2, 4. maddeler
- 10- Dikkati yönlendirme (DY): 10, 11, 36. maddeler
- 11- Esnek planlama (EP): 20, 21. maddeler
- 12- Denetleyici arama ve dikkati yönlendirme (DADY): 8, 9, 11, 16. maddeler

Puanlamada 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 ve 35. maddeler tersine dönmüş ifadeler olup, 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlanır.

M.A. Rosenbaum tarafından geliştirilmiştir.

Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği A. Siva ve I. Dağ (23) tarafından yapılmıştır.

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Kısa semptom envanteri belirti tarama listesi (SCL-90-R) ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan belirti tarama listesinin kısa formudur. Belirti tarama listesinin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53

madde seçilmiş benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Aynen belirti tarama listesinde olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksden oluşur. Kendini değerlendirme tipi bir ölçektir(23).

Alt ölçekler ve global indeksler;

Somatizasyon (S) : 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) : 5, 15,26,27, 32 ve 36. maddeler

Kişilerarası Duyarlılık (KD) : 20,21,22, 42. maddeler

Depresyon (D): 9,16,17,18,35 ve 50. maddeler

Anksiyete Bozukluğu (AB) : 1, 12, 19,38,45 ve 49. maddeler

Hostilite (H): 6, 13,40,41 ve 46. maddeler

Fobik Anksiyete (FA): 8,28,31,43 ve 47. maddeler

Paranoid Düşünceler (PD2) : 4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler

Psikotizizm (P) : 3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler

Ek maddeler (EM) : 11, 25, 39 ve 52. maddeler

Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi (RCI) : Alt ölçekler toplamının 53 'e bölünmesiyle elde edilir. $(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM) / 53$

Belirti Toplamı indeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilir.

Semptom Rahatsızlık indeksi: Alt ölçekler toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir. $(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EMD) / \text{Belirti Toplamı} .$

Ergen ve yetişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. 53 maddeden oluşan her madde için hiç yok, biraz var, orta derecede var, epey var, ve çok fazla var seçeneklerinden birinin seçilerek işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar

verilir. Puan aralığı 0- 212 'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliğı bireyin semptomlarının sıklığını gösterir .

Ölçeğin orijinali Derogatis (27) tarafından geliştirilmiştir.

Ölçeğin Türkiye uyarlaması geçerlilik ve güvenilirliğı N.Şahin ve A.Durak (81) tarafından yapılmıştır.

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Kısa, 5 maddelik, kendini değerlendirme şeklinde bir ölçektir. Cinsel işlevin temel elemanları olan istek, uyarılma, penil ereksiyon/vajinal ıslanma, orgazm olabilme ve orgazmdan tatmin olabilmeyi içerir. Kadın ve erkek olmak üzere iki farklı formu vardır. İki form arasındaki fark, 3. soruda olup, ereksiyon/ıslanma ile ilgili olandır. Her madde altılı likert tipi puanlanır. Yüksek skorlar bozulmuş cinsel işlevi gösterir. Toplam 19 veya üzerindeki skorlar veya 5 ve üzerinde bir maddenin puanlanması veya 4 ve üzerinde üç veya daha fazla maddenin puanlanmış olması, bozulmuş cinsel işlev olarak yorumlanır.

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliğı, A. Soykan (78) tarafından, son dönem böbrek hastalarında yapılmıştır.

BEM CİNSİYET ROLÜ ENVANTERİ

Denekleri cinsiyet rolleri açısından değerlendirir. Envanterde 20 maskülin, 20 feminin madde bulunmaktadır, bunlar erkeksi ve kadınsı özellikleri gösteren sıfatlardır Puanlama 7’li likert ölçeğı şeklindedir. Denekler, kendilerini tanımlama bakımından ne kadar uygun olduğunu düşündükleri 1’den 7’ye kadar seçerler. Ölçek, kendini değerlendirme şeklindedir. Kadın ve erkekten aldıkları toplam puanlar (sırasıyla Bem K ve Bem E), kadın ve erkek meydanlarına göre değerlendirilerek, kişilerin cinsiyet rolleri, kadınsı, erkeksi, androjen yada belirsiz olarak sınıflandırılmaktadır. Kadınsılık puanı kadınsılık medyanının altında ama erkeksilik puanı erkeksilik medyanının üstünde olanlar erkeksi (maskülen); kadınsılık puanı

kadınsılık medyanının üstünde ama erkeksilik puanı erkeksilik medyanının altında olanlar kadınsı (feminen); kadınsılık puanı kadınsılık medyanının üstünde ve erkeksilik puanı erkeksilik medyanının üstünde olanlar androjen (androgynous); kadınsılık puanı kadınsılık medyanının altında ve erkeksilik puanı erkeksilik medyanının altında olanlar belirsiz (undifferentiated) olarak sınıflanırlar. Kadınsılık medyanı olarak 111 (ya da ortalama puan medyanı olarak 5.55) ve erkeksilik medyanı olarak 104 (ya da 5.20) önerilmektedir (34).

Bem (12) tarafından geliştirilen bir ölçektir.

N.Kavuncu tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Envanterin geçerliliği ve güvenilirliği N. Kavuncu ve Z:Dökmen (32) tarafından 1991 yılında yapılmıştır (33).

İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Bu çalışmada istatistiksel değerlendirmeler için “Windows 10.0 için SPSS” paket programı kullanıldı. Çift yönlü $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi. Cinsiyete, infertilite süresine, daha önceden tedavi görmüş olup olmamaya göre test sonuçları karşılaştırılırken ve hasta ve kontrol grubunun Bem testi sonucu karşılaştırılırken bağımsız değişkenler için t-testi kullanıldı. Hasta ve kontrol grubunun yaş ve eğitim düzeyleri karşılaştırılırken ki-kare istatistiksel testi uygulandı. Hastaların yaş grupları, eğitim düzeyleri, evlilik süreleri, infertilite sebeplerine göre test sonuçları karşılaştırılırken tek yönlü Anova testi kullanıldı ve değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için post-hoc testlerden Tukey uygulandı.

4. BULGULAR

Tablo I: Hasta ve kontrol grubunun yaş dağılımı

Hasta grubunun yaşı	En düşük-En yüksek	Ortalama±Standart Sapma
Kadın	23-46	32.4±5.4
Erkek	29-55	37±6.4
Kadın kontrol	18-60	31.0±9.1
Erkek kontrol	18-74	40.3±14.3

Tablo I’de hasta ve kontrol grubunun yaş dağılımı verilmektedir. Buna göre, kadın hastaların ortalama yaşı 32.4, standart sapması 5.4; erkek hastaların ortalama yaşı 37, standart sapması 6.4’dür. Kadın kontrol hastalarının ortalama yaşı 31.0, standart sapması 9.1; erkek kontrol hastalarının ortalama yaşı 40.3, standart sapması 14.3’dür.

Tablo II’de hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri gösterilmektedir. Buna göre kadın ve erkek hastaların hepsi evlidir (%100). Kadın kontrollerin medeni durumlarına baktığımızda 36 kişi (%48.6) evli, 11 kişi (%14.9) bekar, 2 kişi (%2.7) duludur; bu konuda 26 kişiden (%33.8) bilgi alınamamıştır. Erkek kontrollerin medeni durumlarına baktığımızda 60 kişi (%80.1) evli, 12 kişi (%16) bekar, 1 kişi (%1.3) duludur, 1 kişi (%1.3) de ayrı yaşamaktadır; bu konuda 1 kişiden (%1.3) bilgi alınamamıştır.

Tablo II: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri

		n (%)			
		Kadın Hasta	Erkek Hasta	Kadın Kontrol	Erkek Kontrol
Medeni durum	Evli	75 (%100)	75 (%100)	36 (%48.6)	60 (%80.1)
	Bekar	0 (%0)	0 (%0)	11 (%14.9)	12 (%16)
	Dul	0 (%0)	0 (%0)	2 (%2.7)	1 (%1.3)
	Ayrı yaşıyor	0(%0)	0(%0)	0 (%0.0)	1 (%1.3)
Eğitim	İlkokul	19 (%25.3)	11 (%14.7)	6 (%8.1)	6 (%8)
	Ortaokul-lise	22 (%29.3)	21 (%28)	32 (%41.9)	23 (%30.7)
	Üniversite	29 (%38.7)	39 (%52.0)	36 (%48.6)	42 (%56)
Meslek	Memur	24 (%32)	45 (%60)	31 (%40.5)	25 (%33.3)
	İşçi	1 (%1.3)	7 (%9.3)	10 (%13.5)	4 (%5.3)
	Serbest	1 (%1.3)	7 (%9.3)	3 (%4.1)	3 (%4.0)
	Emekli	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1.4)	9 (%12)
	Öğrenci	0 (%0)	0 (%0)	3 (%4.1)	6 (%8.0)
	Çalışmıyor	35 (%46.7)	0 (%0)	17 (%23.0)	2 (%2.7)
SED	AÜ(asgari ücret)altında	5 (%6.6)	5 (%6.6)	5 (%6.8)	5 (%6.7)
	AÜ ile 2 katı arası	20 (%26.6)	20 (%26.6)	20 (%27.0)	22 (%29.3)
	AÜ 2 ile 3 katı arası	15 (%20.0)	15 (%20.0)	17 (%23.0)	19 (%25.3)
	AÜ 3 ile 4 katı arası	13 (%17.2)	13 (%17.2)	8 (%10.8)	18 (%24)
	AÜ 4 katı ve üzeri	21 (%28.8)	21 (%28.8)	21 (%28.4)	6 (%8)
Yaşadığı yer	İl	64 (% 85.4)	64 (% 85.4)	56 (%74.3)	59 (%78.7)
	İlçe	9 (% 12)	9 (% 12)	15 (%20.3)	6 (%8)
	Köy	2 (% 2.6)	2 (% 2.6)	1 (%1.4)	6 (%8)

Tablo III: İnfertil çiftlerin sosyodemografik verileri

		n (%)
Sosyal güvence	Emekli Sandığı	58(%77.5)
	SSK	11 (%14.7)
	Bağkur	3 (%3.9)
	Yeşil kart	1 (%1.3)
	Özel	1 (%1.3)
	Yok	1 (%1.3)
Aile yapısı	Çekirdek	65 (%86.6)
	Kalabalık	7 (%8.6)
Çocuk sayısı	1	2 (%2.6)

Kadın hastaların eğitim durumlarına baktığımızda, 19 hasta (%25.3) ilkokul, 22 hasta (%29.3) orta öğrenim, 29 hasta (%38.7) üniversite mezunudur; bu konuda 5 hastadan (%6.7) bilgi alınamamıştır. Erkek hastaların eğitim durumlarına baktığımızda, çoğu (n=39, %52) üniversite mezunudur; bu konuda 4 hastadan (%5.3) bilgi alınamamıştır. Kadın kontrollerin eğitim durumlarına baktığımızda, çoğu (n=36, %48.6) üniversite mezunudur; bu konuda 1 kişiden (%1.4) bilgi alınamamıştır. Erkek kontrollerin eğitim durumlarına baktığımızda, çoğu (n=42, %56) üniversite mezunudur; bu konuda 4 kişiden (%5.3) bilgi alınamamıştır.

Kadın hastaların mesleklerine baktığımızda, 35'i (%46.7) çalışmıyorken, çalışanların çoğu (n=24, %32) memurdur; bu konuda 14 hastadan (%18.7) bilgi alınamamıştır. Erkek hastaların mesleklerine baktığımızda, çoğu (n=45, %60) memurdur, çalışmayan yoktur; bu konuda 16 (%21.3) hastadan bilgi alınamamıştır. Kadın kontrollerin mesleklerine baktığımızda, çoğu (n=31, %40.5) memurdur; bu konuda 10 kişiden (%13.5) bilgi alınamamıştır. Erkek kontrollerin mesleklerine baktığımızda, çoğu (n=25, %33) memurdur; bu konuda 26 kişiden (%34.7) bilgi alınamamıştır.

Kadın hastaların ve erkek hastaların sosyoekonomik durumlarına (SED) baktığımızda her iki grupta da sayılar aynıdır, hastaların sadece 5'i (%6.6) asgari ücretin altında gelir düzeyine sahipken, çoğunluğu (n=21, %28.8) asgari ücretin 4 katı üzerinde gelir düzeyine sahiptir; 1 hastadan (%0.8) bu konuda bilgi alınamamıştır. Kadın kontrollerin SED'ine baktığımızda, 5'i (%6.8) asgari ücretin altında almaktadır; çoğu (n=20, %27.0) asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında gelir düzeyine sahiptir; bu konuda 4 kişiden (%4.1) bilgi alınamamıştır. Erkek kontrollerin SED'ine baktığımızda, 5'i (%6.7) asgari ücretin altında almaktadır; çoğu (n=22, %29.3) asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında gelir düzeyine sahiptir; bu konuda 5 kişiden (%6.7) bilgi alınamamıştır.

Kadın hastaların ve erkek hastaların yaşadıkları yere baktığımızda her iki grupta da sayılar aynıdır, hastaların çoğu (n=64, %85.4) ilde yaşamaktadır. Kadın kontrollere baktığımızda, çoğunluğu (n=56, %74.3) ilde yaşamaktadır; 3 kişi (%4.1) yaşadığı yeri bildirmemiştir. Erkek kontrollere baktığımızda, çoğunluğu (n=59, %78.7) ilde yaşamaktadır; 4 kişi (%5.3) yaşadığı yeri bildirmemiştir.

Tablo III’de infertil çiftlerin ortak sosyodemografik verileri gösterilmektedir. Çiftlerin sosyal güvencelerine baktığımızda, çoğunluğu (n=58, %86.6) emekli sandığına bağlıdır; sadece 1’sinin (%1.3) sosyal güvencesi yoktur. 2 çiftin (%2.6) 1 çocuğu vardır. . Çiftlerin çoğu (n=65, %86.6) çekirdek aile yapısına sahiptir; bu konuda 3 çiftten (%4.8) bilgi alınamamıştır. 2 çiftin(%2.6) 1 çocuğu vardır.

Tablo IV: Hasta grubunun (çiftlerin) evlilik süresinin ve infertilite süresinin yıl olarak dağılımı

	En düşük-En yüksek	Ortalama±Standart Sapma
Evlilik süresi	1.5-27.0	9.2±5.9
İnfertilite süresi	0.5-2.6	7.7±6.2

Tablo IV’de hastaların evlilik süresinin ve infertilite süresinin yıl olarak dağılımı verilmektedir. Buna göre hastaların ortalama evlilik süresi 9.2, standart sapması 5.9’dur. Hastaların ortalama infertilite süresi 7.7, standart sapması 6.2’dir.

Tablo V: İnfertil çiftlerin infertilite sebebi

		n (%)
İnfertilite sebebi	Kadın	20 (%26.6)
	Erkek	27 (%36)
	Her ikisi	6 (%8.3)
	Bilinmiyor	20 (%26.6)
	Primer	65 (%87)
	Sekonder	10 (%13)

Tablo V’de hastaların infertilite sebepleri gösterilmektedir. Buna göre, 20 çiftte (%26.6) kadın faktörü, 27 çiftte (%36) erkek faktörü sorumluyken, 6 çiftte (%8.3) hem kadın hem de erkek faktörü bir aradadır. 20 çiftte (%26.6) infertilite sebebi bilinmemektedir. Bu konuda 2 çiftten (%2.8) bilgi alınamamıştır. 65 çiftte (%87) infertilite primerken, 10 çiftte (%13) sekonderdir.

Tablo VI: İnfertil çiftlerin çocuk isteyen ve tedaviye başvurma kararını alan kişiye göre dağılımı

	Yalnız kadın n (%)	Yalnız erkek n (%)	Her ikisi n (%)
Çocuk isteme	2 (%2.7)	1 (%1.3)	72 (%96)
Tedavi kararını alma	5 (%6.7)	2 (%2.7)	67 (%89.3)

Tablo VI’da çiftlerde kimin çocuk istediği, kimin tedaviye başvurma kararını aldığı gösterilmektedir. Çiftlerin 72’sinde (%96) her iki eş de çocuk istemektedir. Çiftler genellikle (n=67, %89.3) infertilite tedavisine başvurma kararını birlikte vermektedir; bu konuda 1 çiftten (%1.3) bilgi alınamamıştır.

Tablo VII: İnfertil çiftlere uygulanacak tedavi yöntemi

	n (%)
İnseminasyon	15 (%20)
IVF	50 (%66.7)
Bilinmiyor	9 (%12)

Tablo VII’de hastalara uygulanacak tedavi yöntemi gösterilmektedir. Buna göre 50 çifte (%66.7) IVF, 15 çifte (%20) inseminasyon uygulanacaktır. 9 çifte (%12) uygulanacak tedavi yöntemi bilinmemekteyken, bu konuda 1 çiftten (%1.3) bilgi alınamamıştır.

Tablo VIII: Kadın hastalarda eşlik eden diğer fiziksel hastalıklar

	n (%)
Migren	2 (%2.7)
Lumber disk hernisi	1 (%1.3)
Hipertiroidi	1 (%1.3)
Hipotiroidi	1 (%1.3)
Endometriozis	1 (%1.3)
Romatoid artrit	1 (%1.3)
Multiple skleroz	1 (%1.3)
Hastalık yok	64 (%85.3)

Tablo VIII’de kadın hastalarda bulunan infertilite dışındaki diğer fiziksel hastalıklar gösterilmektedir. Buna göre, 64 hastada (%85.3) ek bir hastalık bulunmamaktadır. Bu konuda 3 hastadan (%4) bilgi alınamamıştır.

Tablo IX: Erkek hastalarda eşlik eden diğer fiziksel hastalıklar

	n (%)
Varikosel	4 (%5.4)
Hepatit	2 (%2.7)
Hepatit ve diabet	2 (%2.7)
Diabet	1 (%1.3)
Nefrolitiazis	1 (%1.3)
Orşit	1 (%1.3)
Varis	1 (%1.3)
Hastalık yok	59 (%78.9)

Tablo IX’da erkek hastalarda bulunan infertilite dışındaki diğer fiziksel hastalıklar gösterilmektedir. Buna göre, 59 hastada (%78.9) ek bir hastalık bulunmamaktadır. Bu konuda 4 hastadan (%5.3) bilgi alınamamıştır.

Tablo X: Kadın hastaların kullandığı ilaçlar

	n (%)
Follitropin alfa	2 (%2.7)
Leuprolide asetat	2 (%2.7)
Follitropin alfa ve leuprolide asetat	8 (%10.6)
Leuprolide asetat ve follitropin beta	2 (%2.7)
Leuprolide asetat ve human menopousal gonadotropin	1 (%1.3)
Desogestrel ethinyl estradiol	3 (%3.9)
Levothyroxine sodium	1 (%1.3)
Sertralin HCL	1 (%1.3)
Zolmitriptan	1 (%1.3)
İlaç kullanmıyor	51 (%68)

Tablo X’da kadın hastaların kullandığı ilaçlar gösterilmektedir. Buna göre, 51 hasta (%68) ilaç kullanmamaktadır. Bu konuda 3 hastadan (%4) bilgi alınamamıştır.

Tablo XI: Erkek hastaların kullandığı ilaçlar

	n (%)
Glimepiride	5 (%6.7)
İnsülin	1 (%1.3)
İlaç kullanmıyor	69 (%92)

Tablo XI’de erkek hastaların kullandığı ilaçlar gösterilmektedir. Buna göre, 69 hasta (%92) ilaç kullanmamaktadır.

Tablo XII: Hastalarda psikiyatrik hastalık öyküsü

	Kadın -n(%)	Erkek-n(%)
Depresyon	2(%2.6)	1(%1.3)
Somatizasyon bozukluğu	1(%1.3)	0(%0.0)
OKB	1(%1.3)	0(%0.0)
Uyku Bozukluğu	1 (%1.3)	0(%0.0)
Hastalık yok	70(%93.5)	74(%98.7)

Tablo XII’de, hastaların psikiyatrik hastalık öyküsü gösterilmektedir. Buna göre, 70 kadın hastada (%93.5) ve 74 erkek hastada (%98.7) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Tablo XIII: Kadın ve erkek kontrol grubunun Bem ölçeği sonuçlarının dağılımı

	En düşük-En yüksek	Ortalama±Standart sapma
Kadın kontrol Bem K	64-135	106.8±17.5
Bem E	54-125	96.4±16.3
Erkek kontrol Bem K	42-129	103.5±15.5
Bem E	71-136	104.8±14.7

Tablo XIII’de kadın ve erkek kontrol grubunun Bem ölçeği sonuçlarının dağılımı gösterilmektedir. Buna göre kadın kontrol grubunda Bem kadınsılık ölçeği puanı ortalama 106.8, standart sapması 17.5’dir; Bem erkeksilik ölçeği puanı ortalama 96.4, standart sapması 16.3’dür. Erkek kontrol grubunda Bem kadınsılık ölçeği puanı ortalama 103.5, standart sapması 15.5’dir; Bem erkeksilik ölçeği puanı ortalama 104.8, standart sapması 14.7’dir.

Tablo XIV’de kadın ve erkek hastaların test sonuçları ortalama ve standart sapma değerleriyle verilmiştir. (Anksiyete, HAD anksiyete alt ölçeği skorunu; depresyon, HAD depresyon alt ölçeği skorunu göstermektedir).

Tablo XV’de kadın ve erkek hastalardaki cinsel işlev bozukluğu oranları verilmiştir. Buna göre, kadın hastaların 25’inde (%33.3), erkek hastaların 3’ünde (%4) cinsel işlev bozukluğu vardır. 1 kadın hastalardan (%1.4), 2 erkek hastadan (%2.7) bu konuda bilgi alınamamıştır.

Tablo XVI’da kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması verilmektedir. Buna göre, anksiyete, STAI-I, STAI-II, S, OKB, KD, D, AB, H, FA, P, EM, Arizona cinsel yaşantılar ölçeğinden alınan puan, Bem kadınsılık ölçeği puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.05$); EP ve Bem erkeksilik puanı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo XIV: Kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının dağılımı

	En düşük-en yüksek Kadın	En düşük-en yüksek Erkek	Ortalama±SS Kadın	Ortalama±SS Erkek
Anksiyete	2-18	0-12	8.9±3.5	6±2.8
Depresyon	0-17	0-21	6.8±4.0	5.7±3.8
STAI-I	26-73	24-60	47.8±10.8	40.2±8.9
STAI-II	24-67	23-55	43.7±9.1	37.4±7.5
PD	7-20	4-20	14.0±3.4	13.6±3.8
RH	4-20	4-22	11.4±4.0	12.2±4.0
IDD	5-24	5-24	17.5±4.3	17.5±4.1
DDPD	4-31	9-30	18.8±5.8	20.5±4.9
YOKD	5-20	7-20	13.9±3.2	14.7±3.0
AD	2-10	2-10	5.5±2.2	6.0±2.0
E	8-20	7-19	13.5±2.5	13.9±2.8
YA	6-15	6-15	11.4±2.5	11.5±2.5
IY	4-15	5-14	9.1±2.1	9.5±1.8
DY	4-16	3-15	9.3±2.6	9.3±2.4
EP	2-11	2-9	6.1±1.8	6.6±1.4
DADY	6-20	8-20	14.8±2.6	15±2.9
TOPRÖGÖ	73-161	76-155	117.6±18.8	120.8±16.8
S	0-24	0-13	6.2±4.8	3±2.8
OKB	0-22	0-14	7.8±5.1	4.9±3.5
KD	0-15	0-9	4.9±3.1	2.8±2.2
D	0-22	0-14	6.5±5.3	3.5±3.0
AB	0-20	0-10	7.0±4.7	3.2±2.6
H	0-14	0-14	4.9±3.5	3.3±2.8
FA	0-18	0-13	3.1±3.4	2.0±2.3
PD2	0-16	0-14	5.6±4.0	4.7±3.5
P	0-12	0-12	4.0±2.3	2.7±2.5
EM	0-12	0-9	3.6±2.8	2.6±2.2
Arizona	6-26	5-19	14.9±3.7	10.6±2.9
BEMkadın	94-144	94-130	117.3±10.0	111.2±9.5
BEMerkek	45-127	82-135	98.5±16.3	112.7±11.6

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XV: Kadın ve erkek hastalarda cinsel işlev bozukluğu

	Var n (%)	Yok n (%)
Kadın	25 (%33.3)	49 (%65.3)
Erkek	3 (%4)	70 (%93.3)

Tablo XVII’de kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması verilmektedir. Kadınlar ve erkekler 30 yaş ve altı, 31-35 yaş arası ve 35 yaş üstü olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Buna göre, kadınlarda yaş ilerledikçe, STAI-II, AB ve P istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) azalmakta; E istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) artmaktadır. Erkeklerde, EP ilk grupta en düşük, ikinci grupta en yüksektir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo XVIII’de kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Buna göre, kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça, anksiyete, depresyon, AB, FA, PD2, P, EM istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) azalmaktadır. YOKY, ortaokul-lise mezunu kadınlarda, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) düşük bulunmuştur. YA, ortaokul-lise mezunu kadınlarda en yüksek, ilkokul mezunu kadınlarda en düşük bulunurken, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). KD ise üniversite mezunu kadınlarda en düşük, ortaokul-lise mezunu kadınlarda en yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerde eğitim düzeyi arttıkça, STAI-II, S, KD, AB, H, PD2, EM istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) düşmektedir. Depresyon, STAI-I, OKB, D, FA, P, ortaokul-lise mezunu erkeklerde en yüksek, üniversite mezunlarında en düşüktür, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). IDD, ortaokul-lise mezunu erkeklerde en düşük, üniversite mezunu erkeklerde en yüksektir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo XVI: Hastaların test sonuçlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

	Ortalama Kadın	Ortalama Erkek	P
Anksiyete	8.9	6.0	0.000*
Depresyon	6.8	5.7	0.07
STAI-I	47.8	40.2	0.000*
STAI-II	43.7	37.3	0.000*
PD	14.0	13.6	0.5
RH	11.4	12.2	0.2
IDD	17.4	17.4	0.9
DDPD	18.8	20.5	0.06
YOKD	13.9	14.7	0.1
AD	5.5	6.0	0.1
E	13.4	13.9	0.2
YA	11.4	11.5	0.8
IY	9.1	9.5	0.2
DY	9.3	9.3	0.9
EP	6.1	6.6	0.04*
DADY	14.8	15.0	0.5
TOPRÖGÖ	117.6	120.8	0.2
S	6.2	3.0	0.000*
OKB	7.8	4.9	0.000*
KD	4.9	2.9	0.000*
D	6.5	3.5	0.000*
AB	7.0	3.2	0.000*
H	4.9	3.2	0.02*
FA	3.1	2.0	0.02*
PD2	5.6	4.7	0.1
P	4.0	2.7	0.007*
EM	3.6	2.6	0.02*
Arizona	14.9	10.6	0.000*
Bem K	117.3	111.2	0.000*
Bem E	98.5	111.7	0.000*

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XVII: Kadın (K) ve erkek (E) hastaların test sonuçlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	Ortalama <=30 yaş K (n=25)	Ortalama 31-35 yaş K (n=19)	Ortalama >35 yaş K (n=18)	P K	Ortalama <=30 yaş E (n=13)	Ortalama 31-35 yaş E (n=22)	Ortalama >35 yaş E (n=32)	P E
Anksiyete	10.1	8.3	8.1	0.1	6.8	5.0	6.0	0.1
Depresyon	7.1	6.1	6.0	0.6	4.8	5.0	6.5	0.3
STAI-I	49.0	47.2	45.8	0.6	40.0	36.4	42.3	0.08
STAI-II	46.0	44.0	39.0	0.03*	36.5	35.1	38.9	0.2
PD	13.5	14.7	14.5	0.5	13.2	13.4	13.6	0.9
RHD	11.5	11.3	12.3	0.7	13.0	10.9	12.5	0.2
IDD	16.8	17.5	18.9	0.3	17.0	18.9	17.1	0.2
DDPD	17.5	20.4	20.1	0.2	20.6	20.0	21.0	0.7
YOKY	13.7	14.1	14.3	0.8	15.4	14.4	14.6	0.5
AD	5.4	5.6	5.5	0.9	6.5	5.7	6.1	0.5
E	13.0	13.3	15.0	0.04*	14.1	13.9	13.8	0.9
YA	11.2	10.9	12.5	0.1	11.9	12.0	11.3	0.9
IY	8.6	9.0	10.2	0.05	8.7	9.5	9.7	0.2
DY	9.2	9.2	9.1	0.9	8.9	9.3	9.6	0.6
EP	5.8	6.1	6.6	0.3	5.8	7.2	6.6	0.01*
DADY	15.2	13.7	15.2	0.1	15.5	16.1	14.5	0.1
TOPRÖGÖ	115.2	116.8	126.8	0.1	122.5	117.6	122.2	0.6
S	6.2	6.8	5.0	0.4	2.0	2.0	3.4	0.1
OKB	7.8	9.4	5.7	0.05	6.0	3.7	5.2	0.09
KD	5.6	4.9	3.7	0.1	2.7	2.5	3.0	0.7
D	7.8	6.1	4.7	0.1	3.0	3.3	3.6	0.8
AB	8.7	6.3	5.1	0.03*	2.5	2.5	3.3	0.4
H	5.0	5.2	3.6	0.3	3.1	2.6	3.5	0.5
FA	3.5	3.2	2.2	0.4	2.3	1.3	2.3	0.3
PD2	5.8	6.1	4.7	0.5	4.5	3.9	5.5	0.3
P	5.3	4.1	2.1	0.01*	2.9	1.6	3.0	0.1
EM	4.3	4.1	2.5	0.1	3.3	2.1	2.3	0.1
Arizona	15.0	14.9	15.0	0.9	11.0	10.8	10.9	0.9
Bem K	117.1	120.9	115.6	0.2	112.2	112.0	111.7	0.9
Bem E	97.0	98.5	99.9	0.8	111.8	109.6	111.0	0.8

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XVIII: Kadın (K) ve erkek (E) hastaların test sonuçlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

	Ortalama İlkokul K (n=19)	Ortalama Ortaokul- lise K (n=22)	Ortalama Üniversite K (n=29)	P K	Ortalama İlkokul E (n=11)	Ortalama Ortaokul- lise E (n=21)	Ortalama Üniversite E (n=39)	P E
Anksiyete	10.6	9.0	7.8	0.02*	6.8	6.6	5.1	0.05
Depresyon	8.4	7.3	5.3	0.01*	5.8	7.5	4.4	0.009*
STAI-I	46.9	51.2	46.1	0.2	42.1	42.6	37.4	0.04*
STAI-II	46.5	45.5	41.4	0.1	41.8	39.4	34.0	0.001*
PD	13.7	13.0	14.9	0.1	12.4	14.2	13.5	0.4
RHD	11.6	10.3	12.0	0.3	11.7	13.6	11.5	0.1
IDD	16.1	17.7	17.9	0.3	18.2	16.0	18.6	0.04*
DDPD	19.5	17.6	19.0	0.5	19.9	20.3	21.0	0.7
YOKY	14.7	12.0	14.8	0.004*	13.9	14.7	15.1	0.4
AD	5.0	5.1	5.7	0.5	7.3	6.3	5.7	0.08
E	12.7	13.6	13.7	0.4	14.6	14.2	13.9	0.7
YA	9.5	12.2	11.7	0.003*	11.4	11.5	11.6	0.9
IY	8.8	9.0	9.3	0.6	10.1	8.9	9.6	0.2
DY	9.5	8.6	9.5	0.4	8.8	10.1	9.0	0.2
EP	5.3	5.7	6.7	0.01	6.0	6.7	6.9	0.1
DADY	14.0	15.0	15.1	0.3	15.1	14.2	15.7	0.1
TOPRÖGÖ	112.7	114.7	121.4	0.2	121.0	121.8	121.0	0.9
S	8.0	7.0	4.7	0.05	3.5	3.2	2.1	0.07
OKB	9.0	8.4	7.0	0.4	5.4	6.7	3.5	0.002*
KD	5.8	6.0	3.7	0.01*	4.4	3.0	2.2	0.01*
D	8.5	7.3	4.8	0.05	2.9	4.7	2.5	0.02*
AB	9.0	8.2	5.0	0.006*	4.0	3.6	2.2	0.01*
H	4.5	5.9	4.4	0.2	4.4	3.7	2.3	0.03*
FA	5.1	3.4	1.6	0.001*	2.6	3.0	1.1	0.003*
PD2	7.2	6.6	3.9	0.007*	7.1	6.0	3.2	0.001*
P	5.7	5.2	2.4	0.001*	2.4	3.7	1.9	0.01*
EM	5.0	3.8	2.7	0.02*	3.6	3.0	1.8	0.01*
Arizona	14.8	15.1	15.0	0.9	9.8	11.0	10.8	0.4
Bem K	118.5	119.5	115.1	0.2	116.1	111.3	109.2	0.1
Bem E	100.0	95.7	97.7	0.7	115.3	113.2	108.6	0.1

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XIX: Kadın (K) ve erkek (E) hastaların test sonuçlarının infertilite sürelerine göre karşılaştırılması

	Ortalama 5 yıl ve 5 yıldan az K (n=44)	Ortalama 5 yıldan fazla K (n=30)	P K	Ortalama 5 yıl ve 5 yıldan az E (n=44)	Ortalama 5 yıldan fazla E (n=30)	P E
Anksiyete	9.0	8.8	0.7	6.5	5.1	0.02*
Depresyon	6.8	6.6	0.8	6.1	4.9	0.1
STAI-I	47.0	49.0	0.4	41.9	37.5	0.03*
STAI-II	43.6	43.6	0.9	39.6	33.6	0.000*
PD	13.8	14.2	0.6	13.4	13.8	0.6
RHD	11.1	11.6	0.6	11.8	13.0	0.2
IDD	17.1	18.0	0.4	17.4	17.7	0.7
DDPD	19.1	18.3	0.5	19.9	21.4	0.2
YOKY	14.1	13.7	0.6	14.5	15.1	0.4
AD	5.5	5.4	0.9	6.0	6.1	0.9
E	13.5	13.3	0.6	13.8	14.3	0.3
YA	11.2	11.7	0.4	11.1	12.1	0.1
IY	9.0	9.3	0.5	9.3	9.7	0.4
DY	9.2	9.4	0.7	8.9	9.9	0.08
EP	5.9	6.3	0.3	6.2	7.3	0.001*
DADY	15.1	14.5	0.3	15.0	15.3	0.6
TOPRÖGÖ	116.7	118.3	0.7	118.4	125.0	0.1
S	5.9	6.7	0.4	3.4	2.2	0.07
OKB	7.9	8.0	0.9	5.5	3.8	0.03*
KD	4.9	5.0	0.8	3.1	2.3	0.1
D	6.6	6.4	0.8	3.8	2.7	0.1
AB	7.3	6.6	0.5	3.9	1.9	0.001*
H	4.2	5.9	0.04*	3.5	2.7	0.2
FA	3.0	3.3	0.7	2.3	1.3	0.04*
PD2	6.2	4.9	0.1	5.3	3.6	0.04*
P	4.1	3.9	0.7	2.8	2.2	0.3
EM	4.1	2.8	0.04*	2.7	2.4	0.5
Arizona	15.1	14.8	0.7	10.3	11.3	0.1
Bem K	118.0	116.4	0.5	112.2	109.6	0.2
Bem E	98.3	98.8	0.9	113.1	109.4	0.1

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XIX’da kadın ve erkek hastaların test sonuçları infertilite sürelerine göre karşılaştırılmıştır. Hastalar infertilite süreleri 5 yıl ve 5 yıldan az olanlar ile 5 yıldan fazla olanlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Buna göre, kadınlarda infertilite süresi 5 yıldan fazla olanlarda H artmakta ve EM azalmaktadır, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerde infertilite süresi 5 yıldan fazla olanlarda anksiyete, STAI-I, STAI-II, OKB, AB, FA, PD2 azalmakta, EP artmaktadır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo XX’de kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının evlilik süresine göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Hastalar evlilik süreleri 5 yıldan az olanlar, 5 ile 10 yıl arası olanlar ve 10 yıldan fazla olanlar olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Buna göre kadınlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Erkeklerde ise evlilik süresi 10 yılın üzerinde olanlarda Arizona cinsel yaşantılar envanteri puanı düşmektedir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo XXI’de daha önceden infertilite tedavisi görmüş olan ve görmemiş olan kadın ve erkek hastaların test sonuçları karşılaştırılmaktadır. Buna göre, daha önceden tedavi görmüş olan kadınlarda DADY daha fazla; tedavi görmemiş olanlarda S ve FA daha fazladır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Daha önceden tedavi görmüş olan erkeklerde YOKY daha fazla; tedavi görmemiş olanlarda KD daha fazladır. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo XX: Kadın (K) ve erkek (E) hastaların test sonuçlarının evlilik sürelerine göre karşılaştırılması

	Ortalama 5 yıldan az K (n=22)	Ortalama 5-10 yıl K (n=40)	Ortalama 10 yıldan fazla K (n=13)	P K	Ortalama 5 yıldan az E (n=22)	Ortalama 5-10 yıl E (n=40)	Ortalama 10yıldan fazla E (n=13)	P E
Anksiyete	8.5	9.5	8.0	0.3	6.0	6.0	5.8	0.9
Depresyon	6.3	6.7	8.1	0.3	5.4	5.7	6.0	0.8
STAI-I	46.6	48.7	47.3	0.8	39.7	39.7	42.5	0.5
STAI-II	42.7	44.4	43.1	0.8	35.5	37.6	39.4	0.2
PD	14.2	14.0	13.4	0.7	13.4	13.7	13.7	0.9
RHD	12.5	10.9	10.7	0.3	13.5	11.5	12.2	0.2
IDD	18.5	16.7	17.8	0.4	17.3	17.5	17.4	0.9
DDPD	18.7	18.8	19.2	0.9	21.3	19.8	21.1	0.6
YOKY	13.5	14.1	14.5	0.6	14.5	14.7	15.0	0.8
AD	5.7	5.2	5.8	0.7	6.3	5.9	6.1	0.7
E	12.9	13.7	13.8	0.5	14.3	13.3	15.2	0.08
YA	12.1	11.2	10.6	0.1	12.1	11.4	10.8	0.2
IY	9.7	9.0	9.2	0.9	9.7	9.4	9.5	0.8
DY	9.5	9.0	10.0	0.5	10.0	9.2	8.6	0.1
EP	6.4	5.9	6.2	0.7	7.0	6.5	6.6	0.5
DADY	14.5	14.7	15.4	0.6	15.4	15.1	14.3	0.5
TOPRÖGÖ	119.6	116.1	119.0	0.8	125.8	117.2	123.9	0.2
S	6.3	6.5	4.8	0.5	2.4	3.3	3.1	0.5
OKB	6.3	9.0	6.6	0.2	4.3	5.4	4.6	0.6
KD	4.3	5.5	3.8	0.1	2.4	3.3	2.2	0.2
D	5.7	7.1	5.9	0.7	3.1	3.5	3.8	0.7
AB	6.2	8.0	4.9	0.1	2.0	3.6	3.8	0.07
H	5.2	5.0	4.0	0.5	3.2	3.4	3.0	0.9
FA	2.9	3.7	1.6	0.1	1.7	2.0	2.6	0.4
PD2	4.4	6.0	6.9	0.1	3.9	5.2	4.5	0.4
P	3.5	4.5	3.2	0.4	2.9	2.6	2.7	0.9
EM	2.5	4.2	3.4	0.1	2.3	2.7	3.0	0.5
Arizona	14.0	15.1	16.0	0.2	10.8	11.2	8.6	0.01*
Bem K	115.4	117.7	119.7	0.4	110.2	110.6	114.2	0.3
Bem E	102.2	95.7	102.1	0.4	110.3	111.0	116.0	0.2

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXI: İnfertilite nedeniyle daha önce tedavi gören ve görmeyen kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının karşılaştırılması

	Ortalama Tedavi görmüş K (n=58)	Ortalama Tedavi görmemiş K (n=17)	P K	Ortalama Tedavi görmüş E (n=58)	Ortalama Tedavi görmemiş E (n=17)	P E
Anksiyete	8.7	9.8	0.2	5.8	6.5	0.3
Depresyon	6.6	7.4	0.4	5.5	6.2	0.4
STAI-I	47.3	49.6	0.4	39.3	43.3	0.09
STAI-II	43.1	45.6	0.3	37.1	38.4	0.5
PD	14.2	13.3	0.3	13.7	13.1	0.5
RHD	11.3	11.7	0.7	12.4	11.6	0.5
IDD	17.6	17.0	0.6	17.4	17.5	0.9
DDPD	18.7	19.2	0.7	20.8	19.2	0.2
YOKY	13.9	14.1	0.7	15.1	13.2	0.03*
AD	5.6	4.8	0.1	6.1	6.0	0.8
E	13.5	13.1	0.5	14.1	13.4	0.4
YA	11.7	10.4	0.06	11.4	11.8	0.5
IY	9.0	9.3	0.6	9.4	9.8	0.5
DY	9.5	8.4	0.1	9.5	8.7	0.2
EP	6.1	5.8	0.5	6.7	6.4	0.5
DADY	15.2	13.1	0.003*	15.0	15.2	0.8
TOPRÖGÖ	118.4	114.8	0.5	122.3	115.2	0.1
S	5.6	8.3	0.04*	2.9	3.4	0.6
OKB	7.5	8.8	0.3	4.8	5.6	0.4
KD	4.6	6.0	0.09	2.5	4.0	0.02*
D	6.4	7.0	0.6	3.2	4.4	0.1
AB	6.8	7.7	0.4	2.9	4.2	0.1
H	4.5	6.1	0.1	3.0	4.2	0.1
FA	2.6	4.9	0.01*	2.0	2.1	0.8
PD2	5.3	6.7	0.2	4.5	5.4	0.3
P	3.8	4.8	0.2	2.5	3.6	0.1
EM	3.4	4.2	0.3	2.5	3.2	0.2
Arizona	15.2	13.9	0.1	10.5	11.4	0.2
Bem K	117.4	117.0	0.8	111.1	111.5	0.8
Bem E	98.7	97.9	0.8	110.8	114.8	0.2

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXII: İnfertilite nedenine göre kadın (K) ve erkek (E) hastaların test sonuçlarının karşılaştırılması (*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı)

Hasta	K	K	K	K	K	E	E	E	E	E
İnfertilite nedeni	Ortalama Erkek (n=27)	Ortalama Kadın (n=19)	Ortalama Her ikisi (n=6)	Ortalama Bilin-miyor (n=20)	P	Ortalama Erkek (n=27)	Ortalama Kadın (n=19)	Ortalama Her ikisi (n=6)	Ortalama Bilin-miyor (n=20)	P
Anksiyete	9.6	8.0	7.5	9.2	0.3	6.9	5.9	4.0	5.5	0.04*
Depresyon	8.5	6.0	4.0	6.2	0.02*	5.9	4.9	3.6	6.7	0.1
STAI-I	48.8	45.8	41.0	50.3	0.1	42.8	38.8	32.0	40.5	0.04*
STAI-II	44.9	42.5	40.8	44.6	0.6	38.3	38.6	32.3	36.4	0.1
PD	13.3	14.1	13.5	17.6	0.03*	13.2	14.5	15.3	13.1	0.4
RHD	10.5	11.3	13.5	11.8	0.2	12.8	12.2	11.5	12.2	0.8
IDD	17.5	18.4	6	16.3	0.4	17.4	16.8	19.0	17.2	0.5
DDPD	19.1	17.3	20.0	19.1	0.6	20.0	20.0	20.6	22.1	0.6
YOKY	13.7	13.4	15.5	14.4	0.3	14.2	14.2	16.5	15.2	0.2
AD	5.7	5.3	6.3	4.7	0.2	6.4	5.7	5.5	6.0	0.6
E	13.5	13.3	13.5	13.3	0.9	14.6	13.7	13.6	13.7	0.7
YA	11.0	11.3	10.3	12.1	0.2	10.7	11.6	11.5	12.1	0.5
IY	8.8	9.1	8.1	9.4	0.4	9.2	9.3	10.6	9.7	0.1
DY	9.4	8.8	12.1	8.5	0.01*	8.8	9.8	10.6	9.1	0.2
EP	5.8	6.3	6.1	5.9	0.8	6.5	6.6	7.3	6.9	0.4
DADY	15.1	15.1	12.8	14.5	0.1	15.1	15.2	17.1	14.0	0.04*
ÖPRÖGÖ	114.9	117.9	121.5	116.8	0.8	120.2	121.3	127.3	120.4	0.7
S	6.3	6.6	4.5	6.3	0.6	3.0	3.4	2.3	2.6	0.7
OKB	8.3	6.8	9.0	7.6	0.7	5.4	4.9	2.8	4.8	0.2
KD	5.3	3.8	6.1	5.1	0.2	3.5	2.6	2.0	2.3	0.2
D	7.4	6.0	4.5	6.8	0.5	3.3	3.3	1.6	3.9	0.2
AB	7.8	6.4	7.5	6.4	0.8	3.7	3.6	1.5	2.5	0.1
H	5.9	3.6	6.0	4.5	0.3	3.5	2.6	2.0	3.7	0.4
FA	3.6	3.0	1.8	3.2	0.5	2.5	1.8	1.1	1.7	0.4
PD2	6.8	5.3	4.8	5.0	0.5	6.0	4.3	1.8	4.0	0.03*
P	4.5	4.4	2.0	3.8	0.2	2.5	3.0	0.6	3.3	0.03*
EM	4.2	3.5	4.1	2.9	0.6	2.4	3.2	1.5	2.7	0.1
Arizona	15.2	14.7	14.1	15.2	0.8	10.4	10.3	9.8	11.4	0.5
3EMkadın	118.2	118.1	115.6	115.3	0.8	113.5	111.8	114.5	106.8	0.1
3EMerkek	102.2	94.0	100.5	96.5	0.5	114.9	110.2	111.6	110.0	0.7

Tablo XXIII: Hasta ve kontrol gruplarının yaş ve eğitim durumlarının karşılaştırılması

	K hasta	K kontrol	P K	E hasta	E kontrol	P E
Yaş (ortalama±SS)	32.4±5.3	31.0±9.1	0.2	36.8±6.3	40.3±14.3	0.06
Eğitim (n);						
İlkokul	19	6	0.01*	11	6	0.4
Ortaokul-lise	22	31		21	23	
Üniversite	29	36		39	42	

Tablo XXIV: Hasta ve kontrol grubunun Bem testi sonuçlarının karşılaştırılması

	K hasta	K kontrol	P K	E hasta	E kontrol	P E
Bem K	117.3±9.8	106.8±17.5	0.000*	112.2±9.2	103±14.5	0.000*
Bem E	98.5±15.9	96.4±16.3	0.4	111.7±11.3	105.0±13.9	0.002*

*: $p < 0.05$ için istatistiksel olarak anlamlı

Tablo XXII’de kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının infertilite nedenine göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Buna göre, kadınlarda, infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda depresyon skoru en yüksek, nedenin her iki eşe ait olduğu durumda en düşüktür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kadınlarda, PD infertilite nedeninin bilinmediği durumda en yüksek, nedenin erkeğe ait olduğu durumda en düşüktür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Kadınlarda, DY infertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu durumda en yüksek, nedenin bilinmediği durumda en düşüktür bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Erkeklerde, infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda anksiyete skoru, STAI-I, PD en yüksek, nedenin her iki eşe ait olduğu durumda en düşüktür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Erkeklerde, DADY infertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu durumda en yüksek, nedenin bilinmediği durumda en düşüktür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Erkeklerde, P infertilite nedeninin bilinmediği durumda en yüksek, nedenin her iki eşe ait olduğu durumda en düşüktür bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo XXIII’de kadın hasta ve kadın kontrol grubunun; erkek hasta ve erkek kontrol grubunun yaş ve eğitim durumu bakımından karşılaştırılması gösterilmektedir. Buna göre, kadın hasta ve kadın kontrol grubu arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p>0.05$), eğitim durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$) ve kontrol grubunun eğitim düzeyi hasta grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Erkek hasta ve erkek kontrol grubu arasında yaş ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo XXIV’de kadın hastaların Bem testi sonuçları kadın kontrol grubuyla, erkek hastaların Bem testi sonuçları erkek kontrol grubuyla karşılaştırılmaktadır. Buna göre kadın hastaların Bem kadınsılık puanları, kadın kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Kadın hastalarla kadın kontrol grubunun Bem erkeksilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.0\%$). Erkek hastaların Bem kadınsılık ve Bem erkeksilik puanları, erkek kontrol grubundan daha yüksektir; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

5.EKLER

EK 1: HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İnfertilite tanısı alan çiftlerin psikometrik değerlendirilmesi

Bu araştırmada infertilite tanısıyla izlenen kadın ve erkeklerin, psikiyatrik açıdan incelendiğinde nasıl etkilendikleri, eşlik eden fiziksel durumun bu etkilenmedeki rolünün araştırılması planlanmaktadır. Bu çalışmaya yaklaşık 75 infertil çift, 75 infertil olmayan kadın ve 75 infertil olmayan erkek dahil edilecektir.

Bu araştırma Dünya Sağlık Örgütü'nün kurallarına uygun olarak yapılmaktadır ve mevcut tedavinizde herhangi bir değişiklik yapılmayacak, aldığınız tedavinin sonuçlarını da etkilemeyecektir.

Doldurmanız üzere testler verilecektir, bu testler kendi kendine doldurulan testlerdendir. Uygulanacak testler için herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Aşağıda imzası olan ben.....yapılacak çalışma hakkında tam olarak bilgi aldığımı ve açıklamayı okuduğumu beyan ederim. Beni muayene eden doktora, daha önceki ve şimdiki hastalıklarımı ve almakta olduğum tedavileri tam olarak anlattım. Son 4 hafta içinde başka bir araştırmada yer almadım.

Bana verilen bu bilgiler temelinde, ben istediğim herhangi bir anda, herhangi bir açıklama yapmadan araştırmadan çekilebileceğim. Benim onayıma gerek olmadan araştırmacı tarafından bu çalışmadan çıkarılabileceğimi bilmekteyim.

Vaka no:.....

Tarih:.....

Gönüllü hastanın adı ve soyadı:

İmza:

Doktorun adı ve soyadı:

İmza:

Tanıklık eden görevli :

İmza:

EK 2: İNFERTİL HASTALARIN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Yaş:

2-Cinsiyet : a) bayan b) erkek

3-Yaşadığı yer: a) il b) ilçe c) köy

4-Eğitimi: a)okuma-yazma yok b)ilkokul c)ortaokul-lise d) üniversite

5-İşi :

6-Ekonomik durumu (Eve giren para):

a) asgari ücretin altında

b) asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasında

c) asgari ücretin 2 katı ile 3 katı arasında

d) asgari ücretin 3 katı ile 4 katı arasında

e) asgari ücretin 4 katı ve üzeri

7- Sağlık güvencesi a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağkur d) Yeşil kart

e) yok f)özel sağlık sigortası

8- Toplam kardeş sayısı (kendisi dahil):

9- Aile yapısı: a) çekirdek(anne, baba, çocuklar) b) kalabalık

10- Kaç yıllık evli:

11-Çocuk sahibi olmayı kim istiyor a) kendisi b)eşi c)her ikisi

12-Uygulanacak müdahale:

13- Önceden görmüş olduğu infertilite tedavileri (varsa belirtiniz):

14-Tedaviye başvurma kararını kim verdi: a)kendisi b)eşi c)her ikisi

15-Bu tedavi hakkında neler düşünüyor:

16-Evlilikte, çocuk sahibi olamamakla ilgili sorunlar: a)var b)yok

KENDİSİNDE BAŞKA BİR HASTALIK: a) var b) yok

BAŞKA HASTALIKLARI VARSA NELER:

ALMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR

Aşağıdaki kısım doktor tarafından doldurulacaktır:

İnfertilite nedeni (kadın faktörü, erkek faktörü, her ikisi, bilinmiyor)

İnfertilite süresi:

İnfertilite a)primer b)sekonder

EK 3: KONTROL GRUBUNUN DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- 1- Yaş: Poliklinik tanısı:
- 2- Cinsiyet : a) bayan b) erkek
- 3- Yaşadığı yer: a) il b) ilçe c) köy
- 4- Eğitimi: a)okuma-yazma yok b)ilkokul c)ortaokul-lise d) üniversite
- 5- İşi :
- 6- Ekonomik durumu (Eve giren para):
 - a) asgari ücretin altında
 - b) asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasında
 - c) asgari ücretin 2 katı ile 3 katı arasında
 - d) asgari ücretin 3 katı ile 4 katı arasında
 - e) asgari ücretin 4 katı ve üzeri
- 7- Sağlık güvencesi a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağkur d) Yeşil kart
 - e) yok f)özel sağlık sigortası
- 8- Toplam kardeş sayısı (kendisi dahil):
- 9- Aile yapısı: a) çekirdek (anne, baba, çocuklar) b) kalabalık
- 10- Medeni durum : a)evli b)bekar c)dul d)ayrı yaşıyor
- 11-Varsa, çocuk sayısı:

EK 4: BEM CİNSİYET ROLÜ ENVANTERİ

Aşağıdaki özelliklerin her birinin sizi tanımlama bakımından ne kadar uygun olduğunu düşününüz. Her özelliğin karşısına, size uygunluğunu,

- 1 hiç uygun değil
- 2 genellikle uygun değil
- 3 bazen uygun değil
- 4 kararsızım
- 5 bazen uygun
- 6 genellikle uygun
- 7 her zaman uygun

anlamına gelmek üzere numaralandırınız.

	Uygunluk numarası		Uygunluk numarası
1. ağırbaşlı, ciddi		21. idealist	
2. ailesine karşı sorumlu		22. incinmiş duyguları tamir etmeye istekli	
3. anlayışlı		23. kaba dil kullanmayan	
4. baskın, tesirli		24. kadınsı	
5. başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı		25. kendi ihtiyaçlarını savunan	
6. boyun eğen		26. kendine güvenen	
7. cana yakın		27. kuralcı, katı	
8. cömert		28. lider gibi davranan	
9. çocukları seven		29. mantıklı	
10. duygularını açığa vurmeyen		30. merhametli	
11. duygusal		31. namuslu	
12. erkeksi		32. otoriter	
13. etkileyici, güçlü		33. riski göze almaktan çekinmeyen	
14. fedakar		34. sadık	
15. girişken		35. saldırgan	
16. gönül alan		36. sevecen	
17. gözü pek		37. sıkılgan	
18. haksızlığa karşı tavır alan		38. sözünde duran	
19. hassas		39. tatlı dilli	
20. hırslı		40. yumuşak, nazik	

EK 5

ROSENBAUM ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı üzerine (X) işareti koyunuz

1. Hiç tanımlamıyor
2. Biraz tanımlıyor
3. Oldukça iyi tanımlıyor.
4. İyi tanımlıyor
5. Çok iyi tanımlıyor

Sizi ne kadar tanımlıyor ?

Hiç

Çok iyi

1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğinde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim	1	2	3	4	5
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir	1	2	3	4	5
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım	1	2	3	4	5
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam	1	2	3	4	5
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım	1	2	3	4	5
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım	1	2	3	4	5
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim	1	2	3	4	5
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi farkettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım	1	2	3	4	5
11. Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan herşeyi ortadan kaldırırm	1	2	3	4	5

12	Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım	1	2	3	4	5
13	Beni sıkan bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım	1	2	3	4	5
14	Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım	1	2	3	4	5
15	Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm.	1	2	3	4	5
16	Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım.	1	2	3	4	5
17	Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım.	1	2	3	4	5
18	Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	1	2	3	4	5
19	Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç ararım	1	2	3	4	5
20	Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar duyarım.	1	2	3	4	5
21	Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam	1	2	3	4	5
22	Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim	1	2	3	4	5
23	Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.	1	2	3	4	5
25	Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim.	1	2	3	4	5
26	Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, "Dur, bir şey yapmadan önce düşün" derim.	1	2	3	4	5
27	Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	5
28	Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri gözününe alarak sonuca varmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
29	Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
30	Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim	1	2	3	4	5
31	Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım	1	2	3	4	5
32	Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım	1	2	3	4	5
33	Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım	1	2	3	4	5
34	Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım	1	2	3	4	5
35	Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenemediğim olur	1	2	3	4	5
36	Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım	1	2	3	4	5

EK 6

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KADIN FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

nsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
dukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

nsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
dukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

jinanız / cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
dukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

ı kadar kolay orgazm olursunuz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
dukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

gazmanız tatmin edici midir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
ça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 7

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Oldukça isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK 8

KSE

- 0 Hiç yok
 1. Biraz var
 2 Orta derecede var
 3. Epey var
 4. Çok fazla var

		0	1	2	3	4
1	İçinizdeki ve sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbirşeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilme, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğrumu diye kontrol etme					
27	Karar vermede güçlükler					
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlardan korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak – soğuk basmaları					

GUTF – KLP
KSE

		0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32	Kafanızın “bomboş” kalması					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük / zorlanmak					
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41	Birşeyleri kırma, dökme isteği					
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak					
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45	Dehşet ve panik nöbetleri					
46	Sık sık tartışmaya girmek					
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek					
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları					
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52	Suçluluk duyguları					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK 9



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ A.D.
KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ
STAI FORMU TX-1/TX-2

GAZİ HASTANESİ

İSİM:

EĞİTİM:

CİNSİYET:

MESLEK:

TARİH:

YAŞ;

YÖNERGE. Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin **Doğru ya da yanlış yanıt yoktur.** Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan o anda nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyin.

	Hemen			
	Hiç	Bir az	Oldukça	Tamamiyle
1-Kendimi sakin hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Huzursuzum	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
6- İçimde bir sıkıntı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7- İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülmüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Kendimi kaygılı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
10-Kendimi rahatlık içinde hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11-Kendime güvenim olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
12-Kendimi sinirli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
13-İçimde bir huzursuzluk var	(1)	(2)	(3)	(4)
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15-Sükunet içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
16-Halimden memnûnüm	(1)	(2)	(3)	(4)
17-Endişe içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19-Kendimi neşeli hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
20-Keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

İSİM:
EĞİTİM:

CİNSİYET:
MESLEK:

TARİH:
YAŞ;

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki seçeneklerden en uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyin.

	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen her zaman
21- Keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22- Çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23- Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	(1)	(2)	(3)	(4)
24- Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26- Kendimi zinde hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27- Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28- Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29- Gerçekten çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30- Mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31- Herşeyi kötü tarafından alırım	(1)	(2)	(3)	(4)
32- Kendime güvenim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
33- Kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34- Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35- Kendimi hüznü (kederli) hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36- Hayatımdan mennunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37- Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39- Tutarlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40- Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 10

HAD

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Aklınıza gelen ilk yanıtın en doğrusu olacağını unutmayın.

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 ☐ Nerdeyse hiç eskisi kadar değil
3	Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum	☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐ Hayır, hiç 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
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	☐ Hemen hemen 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 göstermeyebiliyorum ☐ 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
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

6.1.TARTIŞMA

Hasta grubunun yaş dağılımına baktığımızda (tablo I), kadın hastaların ortalama 32.4 ± 5.4 , erkek hastaların ortalama 37 ± 6.4 olduğunu görmekteyiz. Literatürde yaşla ilgili farklı bildirimler olmakla birlikte (25, 65), bu dağılım bazı çalışmalarla uyumludur (18, 82, 91). Kadın kontrol grubunun yaş dağılımına baktığımızda 31.0 ± 9.1 'dir; kadın hasta grubu ve kadın kontrol grubu arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Erkek kontrol grubunun yaş dağılımına baktığımızda 40.3 ± 14.3 olup erkek hasta grubu ve erkek kontrol grubu arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (tablo XXIII).

Kadın hasta grubunun eğitim düzeyin baktığımızda (tablo II) çoğunun (%38.7) üniversite mezunu, %25.3'ünün ilkokul, %29.3'ünün ortaöğrenim mezunu olduğunu görmekteyiz. Bu veriler, Türkiye'de daha önceden yapılmış, Terzioğlu'nun (82) çalışmasındaki verilerle kıyaslandığında bizim çalışmamızdaki hastaların eğitim düzeyinin daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Yurt dışındaki yayınlara baktığımızda ise kadın hasta grubumuzun eğitim düzeyi daha düşüktür (61). Erkek hasta grubunun eğitim düzeyine baktığımızda yine çoğunun (%52) üniversite mezunu olduğunu görmekteyiz. Bizim hasta grubumuzun eğitim düzeyi literatürdeki bazı çalışmalardan daha yüksektir (91).

Kadın hasta grubuyla kadın kontrol grubunun eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında (Tablo XXIV) kadın kontrol grubunun eğitim düzeyi kadın hasta grubunun eğitim düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Erkek hasta grubu ve erkek kontrol grubu eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında (Tablo XXIII) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Kadın hasta grubunun mesleğine baktığımızda çoğunun (%46.7) çalışmadığını görmekteyiz, çalışanların çoğu ise memurdur (%32). Bu oranlar yine Terzioğlu'nun (82) verilerine yakındır. Fakat yurt dışı yayınlarına bakıldığında bizim çalışmamızdaki işsiz oranın

daha yüksek olduğunu görmekteyiz (5, 55, 67). Erkek hasta grubunun mesleğine baktığımızda çoğu (%60) memurdur ve çalışmayan yoktur. Bu oranlar yine Terzioğlu'nun (82) verilerine yakındır.

Kadın ve erkek hastaların gelir düzeylerine baktığımızda (tablo II), çoğunluk asgari ücretin 4 katı ve üzerinde gelir düzeyine sahiptir. Bununla birlikte asgari ücretin altından başlayarak, asgari ücretin 4 kat ve üzerine kadar geniş bir dağılım görmekteyiz. Bu konuda, literatüre baktığımızda genelde daha yüksek gelir düzeyine rastlanılmaktadır (61). Kadın hasta grubumuzun eğitim düzeyinin ve çalışan oranının yurt dışındaki yayınların verileriyle kıyasladığımızda daha düşük olması, bizim çalışmamızdaki hastaların gelir düzeylerinin daha düşük olması Türkiye'nin henüz kalkınmakta olan bir ülke olması ve sosyokültürel düzeyinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Kadın ve erkek hastaların sosyal güvencelerine baktığımızda (Tablo III) çoğunluğu (%77.5) emekli sandığına bağlıyken sadece %1.3'ünün sosyal güvencesi yoktur. Çalışmanın bir üniversite hastanesinde yürütülüyor olması, infertilite tedavisinin pahalı olması, belirli gelir düzeyine sahip çiftlerin tedaviye başvurabilmesi bizim çalışmamızdaki sosyodemografik verileri etkilemiş olabilir ve bu nedenle sosyodemografik verilerimiz tüm infertil popülasyonunu temsil etmiyor olabilir.

Hastaların evlilik ve infertilite sürelerine baktığımızda (tablo IV) ortalama evlilik süresi 9.2 ± 5.9 'dur; ortalama infertilite süresi 7.7 ± 6.2 'dir. Bu konuda literatürde benzer oranların bildirildiği çalışmaların yanı sıra (91) çok daha düşük oranların bildirildiği çalışmalar da mevcuttur (18, 25, 61).

Hasta grubunun infertilite sebeplerine baktığımızda (tablo V) infertilite nedeni %36 erkeğe, %26.6 kadına, %8.3 her ikisine bağlıdır, %26.6 bilinmemektedir. Literatürde bu konuda oldukça farklı bildirimler vardır, fakat bizim çalışmamızdaki erkek faktörü genelde

bildirilen oranın üstünde, kadın faktörü ise altındadır (7, 91). Bizim çalışmamızdaki oranlara benzer oranlar bildiren çalışmalar da vardır (67). Çiftlerin %87'sinin primer, %13'ünün sekonder infertilitesi vardır, bu konuda da literatürde farklı bildirimler söz konusudur (91). Gerek infertilite süresi gerekse infertilite nedeni ile ilgili yayınlardaki bu farklılık çok geniş bir hasta popülasyonu ile çalışıyor olmaktan ve çalışmalardaki metodolojik farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Hasta grubumuzda genelde (%96) her iki eş de çocuk istemekte ve tedavi kararını genelde (%89.3) birlikte almaktadırlar (tablo VI). Literatüre baktığımızda ise, genelde tedaviye başvurma kararını alanın kadınlar olduğu bildirilmektedir (42). Çalışmamızdaki hastalar, çocuk sahibi olmayı kimin istediği sorusunu yanıtlarken, bu sorunun yanıtının öz bildirime dayanıyor olması nedeniyle, daha fazla sosyal onay görebilecek “her ikimiz” yanıtını vermiş olabilirler, bu nedenle bu konuda literatürden farklı bir sonuç elde etmiş olabiliriz.

Kadın hastalarda ve erkek hastalarda eşlik eden fiziksel hastalıklara baktığımızda (tablo VIII, tablo IX) çoğunda (sırasıyla %85.3, %78.9) ek bir fiziksel hastalık olmadığını görmekteyiz. Kadınlardan ikisinde migren, birinde hipertiroidi, birinde romatoid artrit olmak üzere dördünde; erkeklerin üçünde diabetes mellitus olmak üzere eşlik eden psikosomatik hastalıklar söz konusudur. Bu konuda literatürde farklı bildirimler vardır. Hastalarda ek fiziksel hastalığa rastlanılmadığını söyleyen çalışmaların yanı sıra (55, 75), %50 hastada psikosomatik hastalıklara rastlanıldığını söyleyen çalışmalarda mevcuttur (84).

Kadınların %20'si gonadotropin agonisti, %3.9'u oral kontraseptif, %1.3'ü sertralin kullanmaktadır (tablo X). Bu ilaçların psikiyatrik etkileri kadın hastaların test sonuçlarını etkilemiş olabilir (74, 85, 86).

Kadın hastaların %93.5'inde, erkek hastaların %98.7'sinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur (tablo XII). Literatürde %40.2 'ye varan psikiyatrik hastalık birlikteliğinden bahsedilmektedir (18). Hastalarla psikiyatrik görüşme yapılmamış olması ve bu bilgilerin öz bildirime dayanıyor olması, bizim hasta grubumuzdaki psikiyatrik hastalık oranının çok daha düşük olmasını açıklıyor olabilir.

Kadın ve erkek hastalarda cinsel işlev bozukluğu oranlarına baktığımızda (tablo XV) kadınlarda %33.3, erkekte %4 oranında cinsel işlev bozukluğuna rastlanmaktadır. Hasta grubumuzda infertilitenin, kadınların cinsel işlevlerini erkeklerden daha fazla etkilediğini düşünebiliriz. Bu durum, infertil kadınlarda cinsel tatminsizliğin infertil erkeklerden daha fazla görüldüğü literatür bilgisiyle uyumludur (59, 69) İnfertilite tedavisinin daha çok kadın üreme sistemine yönelik olması, kadınlarda cinsel işlevlerin daha fazla etkilenmesine neden oluyor olabilir.

Kadın ve erkek hastaların test sonuçları karşılaştırıldığında (tablo XVI) kadınlarda HAD-anksiyete alt ölçeği puanı, STAI-I, STAI-II puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgular literatürle uyumludur (28, 42, 69). Baş etme düzeneklerinden esnek planlama erkekte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir, diğer düzeneklerde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Esnek planlama, problem odaklı bir strateji olarak düşünülebilir. Bu durumda erkeklerde daha fazla olması literatürdeki bazı yayınlarla uyumlu iken (51), kadınların problem odaklı stratejileri daha fazla kullandığı literatür bilgisiyle çelişmektedir (57). Bu konuda literatürde fikir birliği olmadığı açıktır. Bu bulgularla, esnek planlama düzeneğinin daha fazla kullanılmasının anksiyetenin azalmasında etkili olabileceğini düşünebiliriz.

S, OKB, KD, D, AB, H, FA, P kadın infertil hastalarla kıyaslandığında erkek hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu sonuçlarla, Türk

kadınlarının infertiliteyi Türk erkeklerinden daha stresli yaşadığını, daha çok psikiyatrik yakınmalarının olduğunu düşünebiliriz. Bu durum, literatür bilgisiyle de uyumludur (42, 51, 91). Tedavinin kadın üreme sistemine yönelik olması ve invazifliği de sonuçları etkilemiş olabilir (59). Ayrıca kadın hastaların kullandığı ilaçların psikiyatrik semptom oluşturma potansiyelleri de göz önüne alınmalıdır (16, 86, 87, 88). Literatürde vurgulanan kadınlara yönelik sosyal baskı da kadınların infertiliteyi erkeklerden daha sıkıntılı yaşamalarında rol oynuyor olabilir (89).

Kadın hastaların test sonuçlarının yaşa göre karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XVII), yaş ilerledikçe kadın hastalarda anksiyete, STAI-I, STAI-II ve AB'nin azaldığını görmekteyiz; bunlardan sadece STAI-II ve AB'deki azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Anksiyetede azalma, daha önceden Güz'ün (43) Türk kadınlarıyla yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Literatürde yaş arttıkça anksiyetenin ve depresyonun arttığına dair çalışmalar da bulunmaktadır. Fakat genel görüş, anksiyetenin yaşla azaldığı ve kadınların zamanla infertiliteyi daha fazla kabullendiği yönündedir (73). Bizim kadın hasta grubumuzda da, yaşın ilerlemesiyle birlikte infertiliteyi kabullenme söz konusu olabilir ve kadın hasta grubunun anksiyetesindeki azalma bu şekilde açıklanabilir. Baş etme düzeneklerinden erteleme 35 yaş üstü grupta en yüksektir. Anksiyete skorunun bu grupta en düşük olduğu göz önüne alındığında ertelemenin anksiyeteyi azaltıcı rolü olduğu varsayılabilir ve erteleme, infertiliteye uyum sağlamada kadınlara yardımcı olan bir düzenek niteliği taşıyor olabilir. P de yaş ilerledikçe istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır, bu durum belki de anksiyetede azalmanın yansıması olabilir (80).

Erkek hastaların test sonuçlarının yaşa göre karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XVII) anksiyete, depresyon skorları ve diğer psikiyatrik semptomların yaştan etkilenmediğini görmekteyiz. Literatürde erkekte psikolojik sıkıntının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir

(66). Bizim bulgularımız bu bilgiyle çelişmektedir. Bulgularımızın literatürden farklı olması, kültürler arası bir farklılığı yansıtır olabilir. Test sonuçlarının öz bildirime dayanıyor olması, psikiyatrik bir görüşme yapılmamış olması da bulguları etkilemiş olabilir. Bildiğimiz kadarıyla infertil Türk erkeklerinde yaş ve psikiyatrik semptomlar arasındaki ilişkiyi inceleyen yayın yoktur. Baş etme düzeneklerinden esnek planlama 31-35 yaş arası grupta en yüksek, 30 yaş ve altı grupta en düşüktür. İnfertil erkeklerde yaşla birlikte baş etme düzeneklerinin değişiklik gösterdiğini düşünebiliriz. Bildiğimiz kadarıyla literatürde bu konuyla ilgili bilgi bulunmadığı için bulgularımızı başka bir çalışmayla kıyaslayamıyoruz. Diğer baş etme düzeneklerinde ve psikiyatrik semptomlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı için esnek planlama düzeneğinin yaş grupları arasında farklılık göstermesinin klinik önemi belirsizdir.

Test sonuçlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XVIII), kadınlarda, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon skorları, AB, KD, FA, PD2 ve P'nin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını görmekteyiz. Literatürde eğitim düzeyi arttıkça infertil kadınlarda depresyonun azaldığına dair yayınlar mevcuttur (73), bununla birlikte, eğitim düzeyi ve psikiyatrik semptomlar arasında ilişki olmadığına dair yayınlar olduğu da göz önüne alınırsa (66), bu konuda görüş birliği olmadığını söyleyebiliriz. Bizim hasta grubumuzda, eğitim düzeyinin artması ile birlikte kadın hastaların daha az psikiyatrik sıkıntı yaşadığını düşünebiliriz. Eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda da erkeklerde de kişiler arası duyarlılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı dikkati çekmektedir. Sosyal baskının infertil çiftlerde sıkıntıyı artırdığı göz önüne alındığında, KD'deki azalmanın kişinin maruz kaldığı sosyal baskıya daha az duyarlı olmasını sağlayarak yaşadığı psikiyatrik sıkıntıyı, dolayısıyla psikiyatrik semptomları azalttığını düşünebiliriz (84).

Yeterli olma ve kendini yatıştırma üniversite mezunlarında en fazla, ortaokul-lise mezunlarında en azdır. Yardım arama ise ortaokul mezunlarında en azdır. Yeterli olma ve kendini yatıştırma artarken yardım aramanın azalması beklenen bir sonuçtur. İlginç olarak yardım arama eğitim düzeyi en düşük olan grupta, yani ilkokul mezunlarında en azdır; psikiyatrik sıkıntının bu grupta en fazla olduğunu göz önüne alırsak, emosyon odaklı baş etme düzeneklerinden olan yardım aramanın infertil kadınlarda sıkıntıyı azaltmada etkili olabileceğini düşünebiliriz (8, 51).

Erkek hastalarda da AB, PD2 kadın hastalarda olduğu gibi, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte azalmaktadır. STAI-I ve II, depresyon, OKB, D, H, FA, P üniversite mezunlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu bulgularla, eğitim düzeyi arttıkça, infertil erkeklerin psikiyatrik sıkıntılarının azaldığını düşünebiliriz. Bulgularımız, literatürde, infertil erkeklerde, eğitim düzeyi ile psikiyatrik semptomlar arasında ilişki olmadığını söyleyen bir çalışmayla çelişmektedir, bu çalışmaya baktığımızda hastaların ortalama infertilite sürelerinin bizim çalışmamızdan daha kısa, erkek infertilite oranının bizim çalışmamızdan daha düşük olduğunu görmekteyiz (66). İnfertil hastalarla çalışırken bir çok değişkenin devreye girdiğini görmekteyiz, bu da hastaların test sonuçlarını ve çalışmaların bulgularını etkiliyor olabilir.

Eğitim düzeyi sosyokültürel gelişmişliğin göstergelerinden biridir. Eğitim düzeyi daha yüksek kadın ve erkeklerin yaşadıkları çevrenin daha yüksek bir sosyokültürel düzeyde olmasını bekleyebiliriz. Belki de bu çevre farklılığı, bu kadın ve erkeklerin maruz kaldıkları sosyal baskının daha az olmasına ve yaşadıkları psikiyatrik sıkıntının daha az olmasına neden olabilir. İnfertil hastalarda eğitimin önemi literatürde de vurgulanmaktadır (39). Eğitim düzeyi daha yüksek hastaların cinsellik ve infertilite ile ilgili daha çok şey bilmelerini bekleyebiliriz,

belki bu konuda daha fazlasını biliyor olmak bu hastalarda kabullenmeyi ve infertilite ile mücadele etmeyi kolaylaştırıyor olabilir.

Baş etme düzeneklerinden istenmeyen düşüncelerin denetimi ortaokul lise grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu grupta STAI-I, depresyon, D, OKB, FA'nın diğer iki gruptan daha yüksek olduğu göz önüne alınırsa baş etme düzeneklerinden istenmeyen düşüncelerin denetiminin daha fazla kullanılmasının psikiyatrik semptomlar üzerine azaltıcı etkisi olduğu düşünülebilir.

Kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının infertilite süresine göre karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XIX) infertilite süresi arttıkça kadınlarda H artmaktadır. İnfertil kadınlarda hostilitenin olduğu bilinmektedir (48), fakat bildiğimiz kadarıyla infertilite süresi ile hostilite arasındaki ilişkiye dair yayın yoktur. İnfertilite süresi arttıkça ümit yerini ümitsizliğe bırakmaktadır (51), kadınların, biyolojik işlevleri üzerine tekrar kontrollerini kazanma ümidi de gittikçe azalmaktadır. Tüm bunlar kadınlardaki öfkeyi, isyanı ve dolayısıyla da hostiliteyi artırıyor olabilir.

Literatürde infertilite süresi arttıkça anksiyetenin arttığına (73) veya azaldığına (20) dair yayınlar vardır. Bizim çalışmamızda ise kadın hastalarda infertilite süresi ile anksiyete arasında bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu konuda görüş birliği olmamasının nedeni yine kültürler arasındaki farklılıktan veya infertil hastalarla çalışırken, yukarıda bahsettiğimiz gibi, bir çok değişkenin devreye giriyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Erkek hastalarda infertilite süresi arttıkça anksiyete skoru, STAI-I, STAI-II, AB, OKB, FA, PD2'nin azaldığını görmekteyiz. Yani erkeklerde, infertilite süresi arttıkça psikiyatrik semptomlar azalmaktadır. Belki de erkeklerde infertilite süresi arttıkça infertiliteye uyum söz konusudur. İnfertilite süresi arttıkça psikiyatrik semptomlardaki azalmanın kadın hastalarda görülmemesi dikkat çekicidir, belki de kadın hastaların infertiliteyi kabullenmeleri

erkek hastalardan daha zor olmaktadır (42). Bulgularımız infertilite süresi arttıkça, erkeklerde depresyon ve anksiyetenin azaldığına dair yayınlarla uyumludur (20), fakat infertilite süresi arttıkça infertil çiftlerde sıkıntının arttığı yönünde yayınlar da vardır (19), bu konuda da literatürde görüş birliği olmadığını görmekteyiz.

Erkeklerde infertilite süresi arttıkça baş etme düzeneklerinden esnek planlama da artmaktadır. İnfertil erkeklerde esnek planlamanın psikiyatrik semptomlardaki azalmaya etkisi olduğu düşünülebilir fakat bu konuda bildiğimiz kadarıyla literatür bilgisi yoktur.

Kadın ve erkek hastaların test sonuçlarının evlilik süresine göre karşılaştırılmasına baktığımızda, kadın hastalarda evlilik süresinin test sonuçları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı görülürken, erkeklerde ACYEF skorunun evlilik süresi 10 yıldan uzun olan erkeklerde en düşük olması, infertilitenin cinsel yaşantı üzerine olumsuz etkisi olduğu göz önüne alındığında ilginçtir (50, 65). Belki de erkeksilik duygularının infertilite nedeniyle olumsuz etkilenmesini muhtemelen daha uzun süredir yaşayan, evlilik süresi daha uzun olan hastalar, zıt bir tutum geliştirerek cinsel yaşantılarını olduğundan daha iyi gösterme eğiliminde olabilirler. Bildiğimiz kadarıyla evlilik süresinin infertil çiftlerdeki psikiyatrik semptomlar ve baş etme düzeneklerine etkisine dair literatürde çalışma bulunmamaktadır.

İnfertilite nedeniyle daha önceden tedavi görmüş olup olmamanın hastalardaki test sonuçlarına etkisine baktığımızda (tablo XXI), daha önceden tedavi görmüş kadınlarda S ve FA istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür; oysa ki infertilite tedavisindeki uzamanın kadın hastalarda yıkıcı olduğu şeklinde literatür bilgisi göz önüne alındığında (14) önceden tedavi görmüş kadınlarda daha fazla sıkıntı olmasını bekleriz. Daha önceden tedavi gören kadınlarda denetleyici arama ve dikkati yönlendirme daha fazladır. Bu düzeneğin daha fazla kullanılıyor olması, S ve FA'daki azalmayı sağlamış olabilir.

Daha önceden tedavi gören erkek hastalarda KD daha azdır. Belki de tedavi ilerledikçe çiftler infertiliteye ve tedaviye uyum gösteriyor olabilirler. Daha önce tedavi gören erkek hastalarda yeterli olma kendini yatıştırma daha yüksektir; belki de daha önce tedavi gören erkek hastalardaki kişiler arası duyarlılıklarındaki azalma bu savunma düzeneğini daha fazla kullanıyor olmalarıyla ilgili olabilir. Sonuçlarımız, erkeklerde psikiyatrik sıkıntının önceden tedavi görmüş olmaya bağlı olarak artmadığı literatür bilgisiyle uyumludur (72).

İnfertilite nedenine göre test sonuçlarının karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XXII), kadın ve erkek hastalarda, infertilite nedeni erkeğe aitse, anksiyete skoru daha yüksektir. Bu fark kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı değilken erkeklerde anlamlıdır. İnfertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda, infertil erkeklerde STAI-I istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eğer infertilite nedeni her iki eşe aitse, depresyon ve anksiyete skorları, STAI-I, hem kadın hem de erkek hastalarda en düşüktür; bu durumda anksiyete skoru ve STAI-I'nin düşük olması erkek hastalarda istatistiksel olarak anlamlıyken, depresyonun düşük olması kadınlarda istatistiksel olarak anlamlıdır. Erkeklerde P ve PD2, infertilite nedeni her iki eşe aitse, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu bulgularla, infertilite sebebinin her iki eşe ait olduğu durumlarda çiftlerin daha az sıkıntılı olduğunu düşünebiliriz. Çiftlerin en sıkıntılı olduğu durum ise, infertilite sebebinin erkeğe ait olduğu durumdur. Bu konuyla ilgili farklı literatür bilgileri mevcuttur. İnfertilite nedeninin kadına veya erkeğe ait olmasının psikiyatrik sıkıntıda değişikliğe neden olmadığını söyleyen çalışmaların yanı sıra (79), infertilite nedeninin bilinmediği durumlarda anksiyetenin ve somatizasyonun daha fazla olduğunu söyleyen çalışmalar (37) da vardır. Bununla birlikte bizim bulgularımızla uyumlu olarak, infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda, her iki çiftin de daha fazla etkilendiğini ve daha sıkıntılı olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (19).

Hem kadın hem de erkek hastalarda, infertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu durumda, baş etme düzeneklerinden en çok kullanılan dikkati yönlendirmedi; bu fark kadın hastalarda istatistiksel olarak anlamlı iken erkek hastalarda gruplar arasında, bu baş etme düzeneğinin kullanılması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Erkek hastalarda ise, denetleyici arama ve dikkati yönlendirme düzeneği, infertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu durumda en çok kullanılan baş etme düzeneğidir. İnfertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu durumda depresyon ve anksiyete skorlarının en düşük olduğunu göz önüne alırsak, belki de dikkati yönlendirme baş etme düzeneğinin daha fazla kullanılmasının çiftlerde psikiyatrik semptomları azaltıcı etkisi olduğunu varsayabiliriz. Ayrıca kadınlarda, planlı davranma, infertilite nedeni erkeğe aitse en düşük; infertilite nedeni bilinmiyorsa en yüksektir. Planlı davranmanın problem odaklı bir strateji olduğunu düşünebiliriz. Problem odaklı baş etme düzeneklerinin psikiyatrik sıkıntıyı azalttığı yönündeki yaygın görüş göz önüne alındığında, infertil kadınların en sıkıntılı olduğunu gözlediğimiz infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda, planlı davranma baş etme düzeneğinin en az kullanılıyor olması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir (51).

Çalışmamızda, infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda hem kadın hem de erkek hastalar daha sıkıntılıdır. İnfertilite nedeni erkeğe ait olsa dahi, infertilite tedavisi daha çok kadın üreme sistemine yöneliktir ve kadın için daha streslidir. Belki de sorun kendinde olmadığı halde, bu tedavi prosedürlerine maruz kalmak kadını öfkeliyor olabilir. Diğer yandan kadınların eşlerini koruma eğilimleri olduğu ve öfkelerini daha çok kendilerine yönlendirdikleri bildirilmektedir, bu durumda kadınların daha depresif olmaları ve daha sıkıntılı olmaları beklenen bir durumdur. Erkek hastaların ise duygularını konuşmaktan çekindikleri ve bu nedenle infertilite sebebinin erkeğe ait olduğu durumda çiftin izolasyona eğilimli olduğu bildirilmektedir (51). Bizim çalışmamızda da erkeğin infertilite nedeninden

sorumlu olduğu durumda çiftlerin daha sıkıntılı olması bu şekilde açıklanabilir. Eğer infertilite nedeni her iki eşe de aitse çift diğer durumlara nazaran daha rahattır. Belki de bu durumda eşler arasında dayanışmanın daha fazla olmasını ve eşlerin, sorumluluğu paylaşıyor olmaktan ötürü daha az suçluluk duymasını ve bu nedenle de daha rahat olmalarını bekleyebiliriz.

Kadın hasta ve kontrol grubunun BCRE sonuçlarının karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XXIV), kadın hastaların Bem K sonuçlarının, kadın kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu görmekteyiz; Bem E sonuçlarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu sonuçları yorumladığımızda, kadın hasta grubunun, kadın kontrol grubundan daha kadınsı olduğunu görmekteyiz. Literatürde, infertilitenin kadınlarda cinsiyet rolünü olumsuz etkilediği bildirilmektedir (92). Bizim bulgularımız bu bilgiyle çelişmektedir. İnfertil hastalarla çalışırken kontrol grubu oluşturmadaki zorluk sonuçlarımızı etkilemiş olabilir (42). Kontrol hastaları olarak kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların seçilmiş olması; kontrol grubundaki kadınların eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olması ve bu envanterin öz bildirime dayanıyor olması sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca belki de infertil kadınlar zıt bir tutum geliştirerek kendilerini daha kadınsı göstermeye çalışıyor olabilirler. Bu yorumların netlik kazanabilmesi için Türk infertil kadınlarla yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Erkek hasta ve erkek kontrol grubunun BCRE sonuçlarının karşılaştırılmasına baktığımızda (tablo XXIV), erkek hastaların Bem K ve Bem E sonuçlarının, erkek kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu sonuçlar, erkek hasta grubunda cinsiyetlerin ayrışmamış olduğunu göstermektedir (33), yani bizim çalışmamızda Türk infertil erkeklerin cinsiyet rollerinin etkilenmiş olduğunu

görmekteyiz. Yukarıda bahsedilen kontrol grubu oluşturmadaki zorluk burada da geçerlidir ve sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Literatürde bahsedilen infertil erkeklerin yalan söyleme ve kendini daha iyi gösterme eğilimi öz bildirime dayanan BCRE'yi değerlendirmelerine yansımış olabilir ve erkeksi maddelerde daha yüksek skorları işaretlemiş olabilirler (42). Bu konuda Türk infertil erkeklerle yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada infertil hastaların kullandıkları baş etme düzeneklerine bakılırken, sadece infertilite ile baş ederken değil, yaşamda genel olarak kullandıkları baş etme düzeneklerine bakılmıştır. Bu nedenle bu düzeneklerin yorumlanması güçtür ve sadece infertilite ile baş ederken kullanılıyor gibi varsayılmaz. Bu nedenle, infertilite ile baş ederken hangi düzeneklerinin kullanıldığına yönelik çalışmalar, bu hasta popülasyonunun değerlendirilmesinde bilgi verici olabilir.

Bu çalışmada, Türk infertil çiftler anksiyete, depresyon, baş etme düzenekleri, eşlik eden psikiyatrik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu ve kendi cinsiyet rolleri üzerine kendi algıları yönünden, kadın ve erkek farklılıkları ortaya konularak değerlendirilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla Türk infertil çiftlerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesine yönelik az sayıda çalışma vardır ve bu çalışmalarda örneklem grupları daha küçük olup, çiftler baş etme düzenekleri, cinsiyet rolü algıları, infertil erkekte psikiyatrik semptomlar yönünden değerlendirilmemiştir (43, 82). İnfertil çiftlerin psikolojik sıkıntılarının kültürler arasında farklılık gösterebileceği göz önüne alındığında, bu çalışmanın literatüre bu açıdan katkıda bulunacağını düşünebiliriz (42). Ayrıca infertilitenin cinsiyet rollerini olumsuz etkileyebileceği bildirilmekle birlikte bu konuda az sayıda yayın vardır (22), bu çalışma bu açıdan da literatüre katkıda bulunabilir.

Hasta grubunun infertilite süresinin geniş bir dağılım göstermesi; infertilite öyküleri farklı hastaların çalışmaya alınması; test sonuçlarının öz bildirime dayanıyor olması, kadın

hastaların %20'sinin psikiyatrik semptomları değiştirebilecek hormon tedavisi alıyor olması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca, infertilite tedavisi için baş vuran, tedaviye gönüllü hastalara ulaşılabilmesi ve psikiyatrik bir çalışma için gönüllü olan hastaların çalışmaya alınabilmesi nedeniyle sonuçlarımız tüm infertil popülasyonunu temsil etmiyor olabilir. Literatüre baktığımızda bu kısıtlılıklar infertil çiftleri psikiyatrik açıdan değerlendiren bir çok çalışmada göze çarpmaktadır. Kadın hasta ve kadın kontrol grubu arasında, eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olması, çalışmamızın bir diğer kısıtlığıdır. Hastaların infertilite öykülerinin detaylı alınması, hastaların tedavinin aynı aşamasında olması ise bu çalışmanın önemli avantajlarındandır.

6.2.SONUÇ

Bu çalışmada, infertil kadın ve erkeklerde, eşlik eden psikiyatrik semptomların farklılık gösterdiği, psikiyatrik semptomların kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Cinsiyetler arasında baş etme düzeneklerinin kullanımı açısından, erkeklerin esnek planlamayı daha fazla kullanmaları dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsel işlev bozukluğu da yine infertil kadınlarda, infertil erkeklerden daha fazladır.

İlerleyen yaşla birlikte, infertil kadınlarda psikiyatrik semptomlarda azalma gözlenirken, infertil erkeklerde yaşın psikiyatrik semptomlar üzerine etkisi olmadığı görülmüştür; her iki grupta da baş etme düzenekleri ile yaş arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça infertil kadın ve erkeklerde, psikiyatrik semptomlarda azalma, baş etme düzeneklerinin kullanımında farklılıklar olduğu görülmüştür.

İnfertilite süresi arttıkça, kadın hastalarda hostilite artmaktadır, erkek hastalarda ise infertilite süresinin artması ile psikiyatrik semptomlar azalmakta, baş etme düzeneklerinin kullanımı farklılık göstermektedir.

Evlilik süresinin infertil kadınlarda test sonuçlarını etkilemediği gösterilirken, infertil erkeklerde evlilik süresinin artmasının cinsel yaşantı üzerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir.

Daha önceden infertilite tedavisi görmüş infertil kadın ve erkeklerde, önceden tedavi görmeyen infertil hastalarla kıyaslandığında daha az psikiyatrik semptom olduğu görülmüştür. Önceden infertilite tedavisi görmüş olmak hastaların kullandığı baş etme düzeneklerini de etkilemektedir.

İnfertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumda, hem kadın hem de erkek hastaların psikiyatrik semptomlarının daha fazla olduğu, infertilite nedeninin her iki eşe ait olduğu

durumda ise hastaların daha rahat oldukları görülmüştür. Kullanılan baş etme düzenekleri de infertilite nedenine göre farklılık göstermektedir.

İnfertil kadın ve erkeklerde cinsiyet rolü algısı, kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

Sonuçta, infertilite yaşantısı kadın hastalarda tedavinin daha çok kadın üreme sistemine yönelik olması ve kadınlar için daha invazif olması nedeniyle daha sıkıntılı yaşanıyor olabilir. Kadın hastaların infertilite tedavisinde kullandığı ilaçlar da, infertil kadınlarda psikiyatrik semptomların infertil erkeklerden daha fazla olmasında rol oynuyor olabilir. Zamanla her iki grupta da infertiliteye uyum geliyor olabilir fakat bu uyumun gelişmesi kadın hastalarda, erkek hastalarla kıyaslandığında daha zor gibi görünmektedir. Eşlik eden psikiyatrik semptomlar üzerinde kullanılan baş etme düzeneklerinin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Türk infertil kadın ve erkeklerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesine dair literatür bilgisinin az olması, infertil hastalarla çalışırken ortaya çıkan bahsettiğimiz metodolojik sorunların olması ve infertil hastalarda psikiyatrik yardımın infertilite tedavisi sonuçlarına ve hastaların ruh sağlıklarına olumlu etkileri olduğu göz önüne alındığında, bu konuda yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızın bu tür çalışmalara örnek teşkil edebileceğini ve bu açıdan önemli olduğunu düşünüyoruz.

7.ÖZET

Bu çalışmada infertilite tanısı ile izlenen kadın ve erkek hastaları eşlik eden psikiyatrik semptomlar, kullandıkları baş etme düzenekleri açısından birbirleriyle kıyaslamak; infertilitenin olası cinsel işlev bozukluğu üzerine etkilerini incelemek ve infertil erkekleri Gazi Üniversitesi Üroloji Polikliniğine başvuran erkeklerden seçilen kontrol grubuyla, infertil kadınları, Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlardan seçilen kontrol grubuyla kendi cinsiyet rolleri üzerine kendi algıları açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır. İnfertil hastalar Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Aile Planlaması, İnfertilite ve Üreme Sağlığı Merkezi Tüp Bebek Ünitesine başvuran infertil çiftlerden seçilmiştir. Çalışmaya katılma konusunda rıza gösterenlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. İnfertil çiftlere kendileri doldurmak üzere, demografik bilgi formu, HAD, STAI-I, STAI-II, RÖGÖ, KSE, ACYKF/ACYEF, BCRE verilmiştir. Kontrol grubuna, demografik bilgi formu ile BCRE verilmiştir.

Kadın ve erkek infertil hastalar arasında psikiyatrik semptomlar ve baş etme düzenekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Ayrıca, yaşın, eğitim düzeyinin, infertilite süresinin, önceden infertilite tedavisi görmüş olup olmamanın, infertilite nedeninin infertil kadın ve erkeklerde, psikiyatrik semptomları ve kullanılan baş etme düzeneklerini etkilediği gösterilmiştir. Evlilik süresi, infertil erkeklerde cinsel yaşantıyı etkilemektedir. İnfertil kadın ve erkeklerde cinsiyet rolü algısının da etkilendiği görülmüştür.

Bu çalışma Türk infertil kadın ve erkeklerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesine yönelik az sayıda çalışma bulunması ve infertilite yaşantısının kültürler arası farklılıklar göstermesi açısından önemlidir. Çalışmamızda infertil çiftlerle çalışıyor olmaktan kaynaklanan bazı metodolojik sorunlar vardır. Bu konuda yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır, bu açıdan bizim çalışmamız örnek teşkil edebilir.

8.KAYNAKLAR

- 1-Abbey A, Andrews FM, Halman LJ: Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? J Pers Soc Psychol 68(3): 455-69, 1985
- 2-Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO: Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. Journal of psychosomatic Research 46(2):117-23, 1999
- 3-Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS: Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. J Psychosom Res 54(4): 353-5, 2003
- 4-Andrews FM, Abbey A, Halman LJ: Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril 59(2): 478-9, 1993
- 5-Ardenti R, Campari C, Agazzi L, Battista La Sala G: Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. Hum Reprod 14(12): 3126-3132, 1999
- 6-Arkonaç O: Açıklamalı psikiyatri sözlüğü (Nobel, İstanbul). 1999. S: 545
- 7-Atasü T, Şahnay S: infertilite: Jinekoloji. İkinci baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2001, S: 479-515
- 8-Austenfeld JL, Stanton AL: Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. Journal of Psychiatry 72(6): 1335-44, 2004
- 9- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 8: 280-287, 1987
- 10-Bar-Hava M, Azam F, Yovel I: The interrelationship between coping strategies and sexual functioning in in vitro fertilization patients. Sex Marital Therapy 27(5): 389-94, 2001
- 11-Becker G, Nachtigall RD: 'Born to be a mother': the cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. Soc Sci Med 39(4): 507-18, 1994

- 12-Bem SL: The measurement of psychological androgeny. J of Consult and Clin. Psychology 42: 155-162, 1974
- 13-Berg BJ, Wilson JF: Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. Fertil Steril 53(4): 654-61, 1990
- 14-Bergart AM: The experience of women in unsuccessful infertility treatment: what do patients need when medical intervention fails? Soc Work Health Care 30(4): 45-69, 2000
- 15-Boivin J, Scanlan LC, Walker SM: Why are infertile patients not using psychological counselling? Hum Reprod 14(5): 1384-1391, 1999
- 16-Brace M, McCauley E: Oestrogens and psychological well-being. Ann Med 29: 283-90, 1997
- 17-Brinsten PR: A Textbook of In Vitro Fertilisation and assisted Reproduction (The Parthenan Publishing Group, (New York) .1999. S: 171-211
- 18-Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD: Prevalance of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive clinic. Hum Reprod 19(10): 2313-18, 2004
- 19-Connolly K, Edelmann R, Cooke I: Distress and marital problems associated with infertility. Journal of Reproductive and Infant Psychology 5: 49-57, 1987
- 20- Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J: The impact of infertility on psychological functioning. J Psychosom Res 36(5): 459-68, 1992
- 21-Conrad R, Schilling G, Hagemann T, Haidl G, Liedtke R: Somatization and alexithymia in male infertility. Hautarzt 54(6): 530-5, 2003
- 22-Cook R: The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. J Psychosom Obstet Gynaecol 14(1): 31-40, 1993
- 23- Dağ İ: Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2 (4): 269-274, 1991

- 24- Daniluk JC: Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril* 49(6): 982-90, 1988
- 25-Demtttenaere K, Bonte L, Gheldof M: Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* 69(6): 1026-33, 1992
- 26-Dennerstein L, Morse C: Psychological issues in IVF: *Clin Obstet Gynaecol* 12(4): 835-46, 1985
- 27- Derogatis LR: The brief symptom (BSE) Administration, scoring and procedures manual. Clinical Psychometric Research Inc, 1992
- 28-Dhillon R, Cumming CE, Cumming D: Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility* 74(4): 702-6, 1999
- 29-Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R: The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 58(6): 1158-63, 1992
- 30-Domar AD: Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility* 81(2): 271-273, 2004
- 31-Downey J, McKinney M: The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 62(2): 196-205, 1992
- 32-Dökmen ZY: Bem Cinsiyet Rolü Envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi* 35(1): 81-89, 1991
- 33-Dökmen ZY: Kendi cinsiyetine ve diğer cinsiyete ilişkin algının cinsiyet ve cinsiyet rollerine göre karşılaştırılması. *3P Dergisi* 6(4): 276-284, 1998
- 34-Dökmen ZY: Kendi cinsiyetine ve diğer cinsiyete ilişkin algı, cinsiyet rolleri ve depresyon ilişkileri. *Kriz dergisi* 9(1): 9-19, 2000
- 35-Edelmann RJ, Connolly KJ: Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology* 59: 209-219, 1986

- 36-Edelmann RJ, Humphrey M, Owens DJ: The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. *British Journal of Medical Psychology* 67: 291-9, 1994
- 37-Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L: Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 17(11): 2986-94, 2002
- 38-Fassino S, Garzaro R, Piero A, Daga GA; Bulik C: Eating behaviors and attitudes in women with infertility: a controlled study. *Int J Eat Disord* 33(2): 178-84, 2003
- 39-Fido A: Emotional distress in infertile women in Kuwait. *Int J Fertil Womens* 49(1): 24-28, 2004
- 40-Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr: Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 43(1): 48-53, 1985
- 41- Gallinelli A, Roncaglia R, Matteo ML, Ciaccio I, Volpe A, Facchinetti F: Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Soc Sci Med* 45(11): 679-704, 1997
- 42-Greil AL: Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 45(11): 1679-704, 1997
- 43-Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanık F, Yanık A: Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Psychosom Obstet Gyn* 24(4): 267-271, 2003
- 44-Hearn MT, Yuzpe AA, Brown SE, Casper RF: psychological characteristics of in vitro fertilization participants. *Am J Obstet Gynecol* 156(2): 269-74, 1987
- 45-Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Berg T, Boivin J, Collins A: Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-ICSI treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 78: 42-8, 1999

- 46-Hjollund NHI, Bonde JPE, Henriksen TB, Giwercman A: Reproductive effects of male psychologic stress. *Epidemiology* 15(1): 21-7, 2004
- 47-Holas P, Radziwon M, Wojtowicz M: Infertility and mental disorders. *Psychiatr Pol* 36(4): 557-66, 2002
- 48-Hsu YL, Kuo BJ: Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *Soc Work Health Care* 30(4): 45-69, 2000
- 49-Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar (Görsel Sanatlar, Ankara). 2003, S: 666
- 50-Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P: Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci* 54(1): 1-7, 2000
- 51-Jordan C, Revenson TA: Gender differences in coping with infertility:A meta analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 22(4): 41-58, 1999
- 52-Kainz K: The role of psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* 11(6): 481-5, 2001
- 53-Kemeter P: Studies on psychosomatic implications of infertility-effects of emotional stress on fertilization and implantation in in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 3(3): 341-52, 1998
- 54-Kemeter P, Fiegi J: Adjusting to life when assisted conception fails. *Hum Reprod* 13(4): 1099-1105, 1998
- 55-Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L, Sieber W: A prospective study of stres among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and sterility* 76(4): 675-87, 2001
- 56-Klonoff-Cohen H, Natarajan L: The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertil Steril* 81(4): 982-8, 2004

- 57-Kowalcek I, Wihstutz N, Buhrow G, Diedrich K: Coping with male infertility. Arch Gynecol Obstet 265: 131-6, 2001
- 58-Laffont I, Edelmann RJ: Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. J Psychosom Obstet Gynecol 15: 183-8, 1994
- 59-Lee TY, Sun GH, Chao SC, Chen CC: Development of the coping scale for infertile couples. Arch Androl 45(3): 149-54, 2000
- 60-Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, Hooghe TD, Demyttenaere K: Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. Hum Reprod 19(8): 1917-23, 2004
- 61-Lukse MP, Vacc NA: Grief, depression and coping in women undergoing infertility treatment. Obstet Gynecol 93: 245-52, 1999
- 62-Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from husband's support and feelings of stress. General Hospital Psychiatry 26: 398-404, 2004
- 63-Mercan S, Mercan R, Karamustafalioglu O: Case report: delirium associated with ovarian hyperstimulation syndrome. Reprod Biomed Online 10(2): 178-81, 2005
- 64- Milad MP, Klock SC, Moses S, Chatterton R: Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. Hum Reprod 13(8): 2296-300, 1998
- 65-Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T: Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Adult Urology 63(1): 126-130, 2004
- 66-Morrow KA, Thoreson RW, Penney LL: Predictors of Psychological Distress Among Infertility Clinic Patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63(1): 163-67, 1992
- 67-Oddens BJ, Tonkelaar I, Nieuwenhuyse H: Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey. Hum Reprod 14(1): 255-61, 1999

- 68-Oinonen KA, Mazmanian D: To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord* 70(3): 229-40, 2002
- 69-Olshansky E: A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *Journal of Nursing Scholarship* 35(3): 263-68, 1992
- 70-Ommaty R: *Vademecum Modern İlaç Rehberi* (Feryal Matbaası, Ankara). 2003
- 71-Öner N, LeCompte A: *Durumluluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. Boğaziçi Üni. Yayınları No.333
- 72-Pook M, Krause W, Drescher s: Distress of infertile males after fertility workup- a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 53: 1147-52, 2002
- 73-Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, Jafarabadi M: A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health* 4(9): 1-7, 2004
- 74-Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, McCauley L: Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Med Hypotheses* 63(2): 268-73, 2004
- 75-Sadock BJ, Sadock VA: *relational problems: Synopsis of Psychiatry*. Dokuzuncu Baskı. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2003, S: 872-874
- 76-Sarrel PM, DeCherney AH: Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertil Steril* 43(6): 897-900, 1985
- 77-Schenker JG: Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70: 77-86, 2000
- 78-Soykan A: The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research* 16(6): 531-4, 2004

- 79-Stanton AL, Tennen H, Affleck G, Mendola R: Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women&Health*. 17(3): 1-13, 1991
- 80-Svirskis T, Korkeila J, Heinimaa M, Huttunen J, Ilonen T, Ristkari T, McGlashan T, Salokangas RK: Axis-I disorders and vulnerability to psychosis. *J Nurs Res* Dec 10(4): 291-302, 2002
- 81- Şahin N, Durak A: Kısa semptom envanterinin Türk gençleri için uyarlanması. *Türk psikoloji Dergisi* 9(31): 44-56, 1994
- 82-Terzioğlu F: Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynecol* 22:133-141, 2001
- 83-Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M: Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother Psychosom* 68(1):15-21, 1999
- 84-Umezulika AC, Efetie ER: The psychological trauma of infertility in Nigeria. *International Journal of Gyn and Obst* 84: 178-180, 2004
- 85-Warnock JK, Bundren JC: Anxiety and mood disorders associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Psychopharmacol Bull* 33(2): 311-6, 1997
- 86-Warnock JK, Bundren JC, Morris DW: Depressive symptoms associated with gonadotropin-releasing hormone agonists. *Depress Anxiety* 7(4): 171-7, 1998
- 87-Warnock JK, Bundren JC, Morris DW: Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertil Steril* 74(5): 984-6, 2000
- 88-Weiss P, Mateju L, Urbanek V: Personality and characteristics of couples in infertility in marriage. *Cesca Gynecol Sci* 69(1): 42-7, 2000
- 89- Whiteford LM, Gonzalez L: Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med* 40(1): 27-36, 1995

- 90-Wilson JF, Kapitzke EJ: Stress and Infertility: Curr Womens Health Rep 2 (3) : 194-9, 2002
- 91-Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R: Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. Hum Reprod 16(8): 1753-61, 2001
- 92-Wischmann TH: Psychogenic infertility-myths and facts. Journal of Assisted Reproduction and Genetics 20(12): 485-94, 2003
- 93-Yıldırım M: Klinik Jinekoloji (Çağdaş Yayıncılık, Ankara). 2002. S: 150-66
- 94-Yüksel N: psikolojik değerlendirme: Ruhsal Hastalıklar. İkinci baskı. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara 2001, S: 142
- 95-Zigmond AS, Snaith PR: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatry Scand 67: 361-370, 1983