



**T.C**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNFERTİL KADINLARDA**  
**ANKSİYETE VE DEPRESYON GELİŞİMİ ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN**  
**ARAŞTIRILMASI**

**DR. Merve ŞAHİN**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ**  
**PROF. DR. Mehmet Fatih KARAASLAN**

**KAHRAMANMARAŞ**  
**2017**

**Onay sayfası**

## TEŞEKKÜR

Eğitim sürecimde bilgilerimin ve becerilerimin olgunlaşmasında engin tecrübelerinden faydalandığım, uzmanlık tezimin hazırlanmasında birlikte çalıştığımız, tez danışmanım olan değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Fatih Karaaslan'a

Uzmanlık eğitimim süresince bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Fatma Özlem Orhan'a ve Yrd. Doç. Dr. Ebru Fındıklı'ya, rotasyonum boyunca çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocalarıma,

Asistanlığım süresince benimle birlikte yürüyen, uzman olma yolunda aynı çatışmaları ve hazları yaşayan asistan arkadaşlarıma, özveriyle ve ekip ruhuyla çalışan psikiyatri hemşireleri ve personeline, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli aileme, bu süreçte en büyük destekçim olan sevgili eşime ve gelişi ile hayatıma renk katan biricik kızım Asya'ma sonsuz teőekkürler.

Dr. Merve ŞAHİN  
Kahramanmaraş 2017

**KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNFERTİL KADINLARDA ANKSİYETE  
VE DEPRESYON GELİŞİMİ ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

**Dr.Merve ŞAHİN**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**2017**

**ÖZET**

**Amaç:** İnfertilite tüm dünyada pek çok çifti ilgilendiren tıbbi, psikiyatrik, sosyal, kültürel, etik ve dini boyutları olan bir sağlık sorunudur. Birçok toplumda sosyokültürel faktörler nedeniyle infertilitenin kadınları daha fazla etkilediği bilinmektedir. Literatürde az sayıda çalışma olmakla birlikte, infertil kadınlarda mental durumun fertil gruba göre daha az stabil olduğu ve bu durumun kişilik özellikleriyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Hatta bazı ciddi kişilik patolojilerinin infertilite tedavisinin sonlandırılmasına dahi sebep olabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde pahalı ve uzun bir süreç olan infertilite tedavisine başlamadan önce ayrıntılı psikolojik hikaye alınması da gündeme gelmiştir. Bu çalışmada infertilitesi olup infertilite tedavisi planlanan veya başlanan kadınların kişilik ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi; kişilik özelliklerinin infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon gelişimi üzerine olan etkilerinin araştırılması ve elde edilen sonuçların kontrol grubu (fertil kadınlar) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmaya, Ocak 2015-Agustos 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvurmuş 67 infertil kadın ile Kadın Doğum Polikliniği'ne başvurmuş olan 61 fertil kadın olmak üzere toplam 128 kişi alındı. İnfertil grubu primer veya sekonder infertilitesi olup infertilite tedavisi planlanan veya başlanan (IVF, ICSI) kadınlar oluşturdu. Kontrol grubunu ise birden fazla sayıda çocuğu olan fertil kadınlar oluşturdu. Her iki gruba da sosyodemografik veri formu, Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, EYSENCK Kişilik Anketi, Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

uygulandı. Elde edilen tüm veriler değerlendirilip istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamıza 67'si infertil kadın, 61'i kontrol grubu olmak üzere toplam 128 kişi alındı. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Yaptığımız çalışmada gruplar arasında yaş, eğitim durumu, doğum yeri, yaşadığı yer, aile biçimi, sosyal durum, gelir durumu, kaçınıcı evlilik olduğu, evlilik biçimi ve evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. İnfertil ve kontrol grubu arasında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Nörotizm ve Yalan, Çift doyumu, Çift uyumu, Sevgi gösterme, Çift uyum ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak kontrol grubundan daha yüksek tespit edildi. İnfertil ve kontrol grubu arasında Dışa-Dönüklük, Psikotizm ve Çiftlerin bağlılığı puan ortalamaları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmedi. Çalışmamızda infertil kadınların kişilik özellikleri ile depresyon, anksiyete ve çift uyumu arasında bir ilişki olup olmadığına baktığımızda;

- Anksiyete ile nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde korelasyon bulunmuştur.
- Anksiyete ile dışa-dönüklük ve çift uyumu arasında zayıf, negatif yönde korelasyon bulunmuştur.
- Depresyon ile nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde korelasyon bulunmuştur.
- Depresyon ile dışa-dönüklük ve çift uyumu arasında zayıf, negatif yönde korelasyon bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışma araştırdığımız kadarıyla infertil kadınların kişilik özellikleri ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır. Nevrotik kişilik özelliklerine sahip olan infertil kadınların anksiyetesinin ve depresyonunun kontrol grubundan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete ve depresyonu fazla olan infertil kadınların de dışa-dönüklükleri ve çift uyumlarının kontrol grubundan daha az olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak infertil bireylerde nevrotizizm gibi patolojik kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavi sürecinde oluşacak problemlerin öngörülmesi ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili olarak önemli bilgiler verecektir.

**Anahtar Sözcükler:** İnfertilite, Eysenck, Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Çift Uyumu.

**INVESTIGATION ON THE EFFECTS OF PERSONALITY ON THE ANXIETY  
AND DEPRESSION DEVELOPMENT IN INFERTILE WOMEN**

**(Specialty Thesis in Medicine )**

**Dr.Merve ŞAHİN**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

**MEDICAL SCHOOL**

**2017**

**ABSTRACT**

**Objective:** Infertility is a health problem with medical, psychiatric, social, cultural, ethical and religious dimensions that concern many couples all over the world. In many societies, it is known that infertility influences women more because of sociocultural factors. Although there are few studies in the literature, it has been shown that mental status which is related to personality traits in infertile women is less stable than fertile group. Some serious personality pathologies may even cause termination of infertility treatment. For this reason, detailed psychological history before the start of infertility treatment, which is an expensive and long process in developed countries, is also on the agenda. The purpose of this study was to examine the personality and sociodemographic characteristics of infertile women who were planned or started infertility treatment; to investigate the effects of personality traits on the development of anxiety and depression in infertile women and to compare the results with the control group (fertile women).

**Method:** A total of 128 persons were enrolled in this study, 67 infertile women who were admitted to Kahramanmaras Sutcu Imam University Medical Faculty Hospital Tube Baby Center and 61 fertile women who applied to the Obstetrics and Gynecology Clinic between January 2015-August 2016. The infertile group consisted of primary or secondary infertile women with infertility treatment planned or initiated (IVF, ICSI). The control group consisted of fertile women with more than one child. Both groups were administered the sociodemographic data form, the Beck Anxiety and Depression Scale, the EYSENCK Personality Questionnaire, Dyadic Adjustment Scale (SCI), and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I). All the data obtained were evaluated and statistically examined whether there was a significant difference between the two groups.

**Results:** A total of 128 people were studied, 67 of whom were infertile women and 61 are control groups. The obtained data were analyzed with appropriate statistical methods. There was no statistically significant difference between two groups in terms of age, educational status, place of birth, place of residence, family type, social status, income status, marital status, marriage duration. The mean scores of Beck Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Neuroticism and Lie, Dyadic Consensus, Dyadic Satisfaction, Affectional Expression, Total Dyadic Adjustment Scale were found statistically higher in the infertile group than the control group. There was no statistically significant difference between the infertile and control groups in terms of Extraversion, Psychoticisms, and Dyadic Cohesion scores. When we look at the relationship between the personality traits of infertile women and depression, anxiety and dyadic adjustment in our study;

- There is a weak, positive correlation between anxiety and neuroticism.
- There was a weak, negative correlation between anxiety and extraversion and dyadic adjustment.
- There was a weak, positive correlation between depression and neuroticism.
- There was a weak, negative correlation between depression and extraversion and dyadic adjustment.

**Conclusion:** This study reveals the existence of an association between the personality traits of infertility and anxiety and depression. Infertile women with neurotic personality characteristics were found to have more anxiety and depression than the control group. Infertile women with more anxiety and depression were found to have less extraversion and dyadic adjustment than the control group. In conclusion, knowing the pathological personality characteristics such as neuroticism in infertile people gives important information about anticipating the problems that will occur in the treatment process and about the coping mechanisms.

**Key Words:** Infertility, Eysenck, Beck Anxiety, Beck Depression, Dyadic Adjustment Scale

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	I
ÖZET .....	II
ABSTRACT .....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
KISALTMALAR DİZİNİ .....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	IX
GRAFİKLER DİZİNİ .....	X
TABLolar.....	XI
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İnfertiliteye genel bakış.....	3
2.1.1. İnfertilite tarihi ve tanımı .....	3
2.1.2. İnfertilite insidansı.....	3
2.1.3. İnfertilite etyolojisi.....	4
2.2.Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) .....	4
2.2.1. YÜT Endikasyonları .....	5
2.2.2.Kullanılan Yardımcı Üreme Teknikleri .....	5
2.2.3. YÜT Komplikasyonları.....	7
2.3. İnfertilitenin Ruhsal Yönü.....	8
2.3.1.Bireyler üzerine etkileri.....	8
2.3.2. İnfertilite ve emosyonel durum .....	8
2.3.3. İnfertilite ve çift uyumu.....	10
2.4. İnfertilitenin sosyal yönü.....	11
2.5. Kişilik tipleri ve infertilite.....	13
2.6. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri .....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	16
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi .....	16
3.1.1 Olgular.....	16
3.3. Değerlendirme Gereçleri.....	17
3.4. Verilerin istatistiksel analizi.....	21
4. BULGULAR .....	22
5. TARTIŞMA.....	37



SONUÇLAR ve ÖNERİLER .....	47
KAYNAKLAR.....	50
EKLER .....	63

## KISALTMALAR DİZİNİ

YÜT	: Yardımcı üreme teknikleri
MÖ	: Milattan önce
IVF	: İn vitro fertilizasyon
IUI	: İntrauterin İnseminasyon
IVF-ET	: İn vitro Fertilizasyon ve Embryo Transferi
GIFT	: Gamet İntra Fallopian Transfer
ZIFT	: Zigot İntrafallopian Transfer
ICSI	: İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
HI	: Homolog inseminasyon
DI	: Donör inseminasyon
OHSS	: Overyan Hiperstimülasyon Sendromu
PID	: Pelvik Enfeksiyon
SCID-I	: DSM Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
EKA	: EYSENCK Kişilik Anketi
EKA/N	: Eysenck Kişilik Anketi Nörotizm Alt Ölçeği
EKA/D-D	: Eysenck Kişilik Anketi Dışa-Dönüklük Alt Ölçeği
EKA/P	: Eysenck Kişilik Anketi Psikotizm Alt Ölçeği
EKA/Y	: Eysenck Kişilik Anketi Yalan Alt Ölçeği
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
SPSS	: Statiscal Package for the Social Science

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: YÜT teknikleri. ....	7
-------------------------------	---

## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik-1: Gruplar-Yaş aralıkları grafiği .....	22
Grafik-2: İnfertil ve kontrol gruplarının anksiyete Şiddetine göre karşılaştırılması.....	30
Grafik-3: İnfertil ve kontrol gruplarının depresyon Şiddetine göre karşılaştırılması .....	30

## TABLolar DİZİNİ

Tablo.1. Yardımcı Üreme Teknikleri .....	5
Tablo 2: Gruplar-Yaş Aralıkları Tablosu .....	22
Tablo 3: İki gruptaki olguların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.....	
Tablo 4: İnfertil kadınlara yöneltilen ek sorular .....	26
Tablo 5: İki gruptaki olguların Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Eysenck Kişilik Anketi (EKA) ve Çift Uyum Ölçeği verilerinin karşılaştırılması. ....	29
Tablo 6 a: Ortak sosyodemografik özelliklerin infertil ve kontrol gruplarından elde edilen Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları üzerine olan etkisi .....	33
Tablo 6 b: İnfertilere özgü sosyodemografik özelliklerden karşılaştırılabilir verilerin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları üzerine olan etkisi .....	34
Tablo 7: İnfertil ve kontrol gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon (r).....	36

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan türünün üreme gayreti yaşamın devamlılığı temeline dayanır. Nesillerinin devamı için üremek aslında tüm canlıların en temel içgüdüsüdür.

İnfertilite, herhangi bir koruma yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen, en az bir yıllık süre sonunda gebe kalınmamasıdır [1]. İnfertilite beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi işlemleri nedeniyle de zor ve karmaşık bir durumdur [2, 3]. Ayrıca infertilite bir sağlık sorunu olarak değil bir kusur / eksiklik olarak algılanan ve toplum içinde paylaşımı zor bir yaşam krizidir [4-6]. Ekonomik, fiziksel ve sosyal yönden sıkıntılara neden olan infertilite bireyleri duygusal olarak da olumsuz etkilemekte ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır [7-9]. Ayrıca yapılan çalışmalarda infertilitede yaşanan psikolojik sorunların, uygulanan tedavinin başarısını düşürdüğü [10, 11] ve tedavinin yarıda bırakılmasına neden olduğu belirtilmektedir [8, 12].

İnfertilite tüm dünyada pek çok çifti ilgilendiren tıbbi, psikiyatrik, sosyal, kültürel, etik ve dini boyutları olan bir sağlık sorunudur. Birçok toplumda sosyokültürel faktörler nedeniyle infertilitenin kadınları daha fazla etkilediği bilinmektedir. Kadının doğurganlığı hem biyolojik bir gerçek hem de toplumdaki cinsiyet rolünün belirleyicisidir. Annelik toplumda kadın için hala birincil rol olarak görülmektedir. Birçok ülkede kadınlar için evlilik, çocuk olana kadar tam olarak bir evlilik sayılmadığı için boşanmalar daha kolay olabilmekte, bazı ülkelerde de yeni bir eş aranmaya neden olabilmektedir [13].

İnfertilite gündeme geldiğinde, infertil olmak her şeyin önüne geçer. İnfertilite tanısı ile birlikte çiftler; eş, aile ya da arkadaşlarla olan yakınlığın kaybı, toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, rol kaybı, geleceğe yönelik güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı, sağlığa olan güvenin kaybı gibi pek çok kayıp yaşamaktadır [14]. Kısacası infertilite kişilerin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel yaşam alanlarına olumsuz etkiler yaparak yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Literatürde az sayıda çalışma olmakla birlikte, infertil kadınlarda mental durumun fertil gruba göre daha az stabil olduğu ve bu durumun kişilik özellikleriyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Hatta bazı ciddi kişilik patolojilerinin infertilite tedavisinin sonlandırılmasına dahi sebep olabileceği belirtilmiştir [15]. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde pahalı ve uzun bir süreç olan infertilite tedavisine başlamadan önce ayrıntılı psikolojik hikaye alınması da gündeme gelmiştir [16].

Bu çalışmada primer infertilitesi olup infertilite tedavisi planlanan veya başlanan kadınların kişilik ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi; kişilik özelliklerinin infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon gelişimi üzerine olan etkilerinin araştırılması ve elde edilen sonuçların kontrol grubu (fertil kadınlar) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İnfertiliteye genel bakış**

#### **2.1.1. İnfertilite tarihi ve tanımı**

Üreme çok eski zamanlardan beri önemini koruyan bir kavramdır. İnfertilite ile ilgili ilk metinler (MÖ) 2200-1950 yıllarına dayanır. Gebeliğin erken tanısı ve kısırılığın önlenmesiyle ilgili reçeteler ilk olarak eski Mısır'da kullanılmıştır [13]. Hipokrat (MÖ 460-377) yazılarında uterusun ve tubal açıklığın gebe kalmadaki önemi ve ayrıca semenin üremedeki yerini vurgulamıştır [17, 18]. İn vitro fertilizasyon (IVF) basamakları ilk önce hayvan çalışmaları ile başlamıştır [18]. 1969'ların sonlarında Edward ve arkadaşları insan oositleri ile ilk IVF'i başardıklarını açıklamışlardır. İlk IVF gebeliği Edwards ve Steptoe tarafından, 1976 yılında İngiltere'nin Oldham kasabasında yaşayan ve 2 kez ektopik gebelik sonucu salpenjektomi geçirmiş birannede oluşturulmuştur. Bu gebelik 25 Temmuz 1978 yılında Louise Brown'ın doğumu ile sonuçlanmıştır. Bu başarı infertilite tedavisinde yeni bir çağı başlatmıştır [18-20]. Türkiye'de ise, Ege Tıp Fakültesi kliniğinde 1989'da ilk tüp bebek dünyaya gelmiştir.

İnfertilite, reproduktif çağda olan bir çiftin herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaksızın, en az bir yıl düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır [16, 21, 22]. Son yıllarda hızla gelişen yardımcı üreme teknikleri nedeniyle de gündemi işgal eden önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmektedir [23]. İnfertilitenin primer ve sekonder olmak üzere iki şekli vardır. Hiç gebelik oluşmaması durumu primer infertilite olarak tanımlanır. Buna karşılık daha önce gebelik oluşmasına rağmen bir başka gebeliğin oluşmamasına da sekonder infertilite adı verilir. İnfertilite nedenlerinin %55-75'i primer infertiliteye, %25-40'ı sekonder infertiliteye bağlı gelişmektedir [14, 16, 19, 24-26].

#### **2.1.2. İnfertilite insidansı**

İnfertilite üreme çağındaki çiftlerin %10-15 kadarını etkilemektedir. Son yıllarda bu oranın %30'lara kadar arttığı bilinmektedir. Bu artıştaki en önemli faktör, çiftlerin konuya daha çok ilgi göstermeleri ve daha fazla sayıda kadının toplumsal şartlar yüzünden evlenme ve doğurma yaşını geciktirmesidir. Normal ve sağlıklı çiftlerde bir yıl içinde beklenen kümülatif gebelik oranı %93 olup yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma



meydana gelmektedir [14, 16, 27-30]. Fekundabilite, bir adet dönemi içerisinde gebelik elde edebilme ihtimalidir ve bu da yaklaşık olarak %20-25'tir. Çiftlerin %90'ının 12 ayda gebe kalması gerektiği düşünülmektedir. Yaklaşık olarak 6 çiftten biri bu sorunla karşılaşmakta ve gebe kalabilmek için bir uzmandan yardım istemektedir. Benzer şekilde yaklaşık olarak kadınların 1/3'ü (%32), kendi üreme yılları boyunca en az bir infertilite süreci deneyimlemektedir [28, 30].

Türkiye'de infertilite, insidansı %8.5 olarak kabul edildiğinde, 1.5 milyon kadın ve dolayısıyla çifte karşılık gelip en az 3 milyon kadar insanımızı direkt etkilemektedir. Bu da çocuk özlemi olan büyük bir nüfus demektir. 1993 nüfus sayımı sonuçlarına göre hiç doğum yapmayı doğum yapmasının mümkün olmadığını söyleyen kadınların oranı %9.5 olarak saptanmaktadır [25, 31].

### **2.1.3. İnfertilite etyolojisi**

İnfertilite sıklıkla katkıda bulunan birden fazla nedenin bir arada olduğu multifaktöryel bir durumdur. Klinik olarak infertilite, fizyolojik ve patolojik infertilite olmak üzere iki şekilde görülmektedir. Klinik değerlendirmelerin sonunda çiftlerin infertilitelere sebep olarak bir ya da daha fazla patoloji saptanabilir. Ancak etyolojik faktörlerin katkılarına ilişkin kesin oranlar vermek mümkün değildir. Çünkü bu rakamlar değişik çalışmalarda toplumların sosyoekonomik yapısına, çalışma yöntemlerine, yaş vb. faktörlere bağlı olarak değişiklikler göstermektedir. Genel olarak, infertilitenin en sık sebepleri ovulatuvar bozukluk (%15-27), tubal ve peritoneal patoloji (%22-40) ve erkek faktörleridir (%25-40). Uterin ve servikal patolojiler (%4) genellikle seyrek görülmektedir. Fertilite değerlendirmesinde patoloji saptanamayan ama gebelik oluşmayan çiftler idiyomatik ya da açıklanamayan infertilite tanısını almaktadır ve çiftlerin %10-30'unda bu durumun görüldüğü söylenmektedir [32, 33].

## **2.2.Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT)**

İnfertil bir çiftin tedavisine başlamadan önce en önemli kural infertilite nedeni veya nedenlerinin doğru bir şekilde ortaya konması, daha sonra da etkin tedavinin seçilip uygun bir süre uygulanmasıdır. İnfertilitede tedavi programı çifte anlatılmalı, tedavi ile gebelik şansının artacağı belirtilmelidir [24].

Yardımcı üreme teknikleri, spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir [34]. Dünyada ilk

yardımcı üreme tekniği uygulaması sonrası doğan bebek 1978 yılında dünyaya gelmiştir. Bu tarihten itibaren yardımcı üreme teknikleri hızlı bir gelişim göstermiştir. Bir taraftan yeni yöntemler geliştirilirken bir taraftan da bazıları terkedilmiştir. Yardımcı üreme teknikleri başlangıçta sadece tubal faktör söz konusu olduğunda uygulanmasına rağmen, kısa bir zaman içinde, uygulama alanı genişlemiş ve erkek infertilitesi, açıklanamayan infertilite, endometriozis, polikistik over sendromu, immünolojik infertilite, uterin faktör, ileri anne yaşı gibi nedenler için de kullanılmaktadır. Hatta son yıllarda Preimplantasyon Genetik Tanı amacıyla da kullanılmaya başlanmıştır [35-37].

Uygulanan bazı yardımcı üreme teknikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo.1. Yardımcı Üreme Teknikleri

1. İntrauterin İnseminasyon (Artifisiyal İnseminasyon, IUI)
2. İn vitro Fertilizasyon Ve Embryo Transferi (IVF-ET)
3. Gamet İntra Fallopiyan Transfer (GIFT)
4. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT)
5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (Mikroenjeksiyon, ICSI)

### **2.2.1. YÜT Endikasyonları**

YÜT ilk olarak onarılamaz tubal hasarı olan hastalar için planlanmıştır. Ancak günümüzde infertiliteye yol açan hemen her durumda kullanılmaya başlanmıştır. Endikasyonlarını sıralamak gerekirse:

- Tubal ve peritoneal faktörler
- Endometriyozis
- Erkek faktörü
- Açıklanamayan infertilite
- Over yetmezliği
- Diğer YÜT endikasyonları [20].

### **2.2.2. Kullanılan Yardımcı Üreme Teknikleri**

1. İntrauterin İnseminasyon (Artifisiyal İnseminasyon, IUI): IUI, ovulasyona yakın uterin kaviteye yıkanmış spermin enjekte edilmesidir [14]. Servikal faktör, açıklanamayan infertilite, minimal endometriyozis, minimal adneksiyal lezyonlar, luteal faz defektleri,

sperm konsantrasyonu ya da motilitesindeki anomaliler ve immünolojik infertilitede IUI uygulanabilir [18, 38, 39]. Kadının eşinden alınan spermle yapılan inseminasyona homolog inseminasyon (HI), başka bir erkekten alınan spermle yapılan inseminasyona ise donör inseminasyon (DI) denir. Ülkemizde yasalara göre DI yasaktır. IUI'de başarı oranı %10-25'dir [40, 41].

2.İnvitro Fertilizasyon Ve Embryo Transferi (IVF-ET): IVF, fallop tüplerinin yokluğu ya da tıkanıklığında, mukus anomalilerinde, açıklanamayan infertilitede, immünolojik infertilite ya da erkekte sperm sayısı çok düşük olduğunda kullanılan yaygın bir yaklaşımdır. Laparoskopi veya transservikal ultrasound yardımı ile yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşan oosit, overlerden aspire edilir. Erkekten alınan spermatozoidlerle birlikte laboratuarda doku kültürüne konur. Fertilizasyon gerçekleştikten sonra ovum marula safhasında (4–16 hücre evresi) embryo uterus içerisine yerleştirilir [40, 42-45]. Transfer için en uygun dönem inseminasyondan sonraki 48–78. saatler arasındaki dönemdir [46].

3.Gamet İnter Fallopian Transfer (GIFT): GIFT, seminal sıvının yetersizliği, açıklanamayan infertilite ve endometriyozisin neden olduğu infertilitede etkili bir tedavi olarak önerilmektedir. GIFT yönteminde temel prensip, kontrollü hiperstümlasyon ile gelişen yumurtaların aspire edilerek spermle beraber tuba ampullasına konmasıdır. Ovulasyon uyarılarak oosit matürasyonu sağlanmaktadır. GIFT'de başarı oranı %20-30'dur [40, 47-49]. GIFT, pelvik inflamatuvar hastalık, tubal hastalık ya da ektopik gebelik öyküsü olan kadınlar için uygun değildir [14, 31, 38, 39, 50].

4. Zigot İnterfallopian Transfer (ZIFT): Oosit ve sperm in vitro olarak döllendikten sonra zigotun laparoskopi yoluyla tuba ampullasına verilmesidir [40]. Bu işlem için, kadının en az bir fallop tüpü açık olmalıdır. IVF daha az invaziv ve maliyeti düşük olduğundan, GIFT ve ZIFT daha az kullanılmaktadır [14, 38, 39, 50].

5. İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (Mikroenjeksiyon, ICSI): ICSI, hazırlanmış tek bir sperm direk ovum içerisine, enjekte edilerek yapılan fertilizasyon işlemidir. ICSI yalnızca sperm sayısı çok düşük olgularda değil ayrıca zona pellucida ve vitelin membran seviyesindeki gamet etkileşimi bozukluklarında da kullanılabilir [14, 31, 38, 39, 51].

Geçmişte ve günümüzde kullanılan yardımcı üreme teknikleri Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. YÜT teknikleri.

### **2.2.3. YÜT Komplikeasyonları**

1. Overyan Hiperstimülasyon Sendromu (OHSS): OHSS yardımcı üreme tekniklerinin en önemli komplikeasyonlarından biridir, siklusların %0,5-5'inde görülmektedir. Ovülasyon indüksiyonu sonucunda ortaya çıkan birtakım vazoaktif (sitokinler, angiotensin, vasküler endotelial büyüme faktörü) maddelerin aşırı üretimiyle kapiller permeabilite artar. Renin anjiotensin mekanizmasıyla birlikte damar yatağından intertisyel alana sıvı ve protein kaybına bağlı olarak ödem gelişir. Overlerde aşırı büyüme, hemokonsantrasyon, asit ve plevral efüzyon gelişir. İleri olgular ölümle bile sonuçlanabilir [52, 53].

2. Kanama: Kanama oosit aspirasyonu sırasında en sık karşılaşılan sorundur. Tüm ponksiyonların %1,4-18,4'ünde görülür. İşlem sırasında çoklu iğne girişi oluşturulması ya da vajinal probun uygun olmayan biçimde rotasyonu vajinal mukozanın zedelenmesine yol açarak kanamaya neden olabilmektedir [53].

3. Pelvik Enfeksiyon (PID): Vajinal kanamadan sonra görülen diğer bir komplikeasyon olup %0,2-0,5 oranında görülür. Enfeksiyon varlığında ateş, karın bölgesinde ağrı, dizüri ve vajinal akıntı görülebilmektedir [53].

4. Çoğul Gebelik: Uterin kavite içinde birden fazla fetüs içeren gebeliğe çoğul gebelik denir. Yardımcı üreme tekniklerinin son yıllarda daha fazla kullanılması çoğul gebelikleri

arttırmıştır. Normal gebelikte çoğul gebelik oranı %1, IVF gebeliklerinde %30 civarındadır [53].

### **2.3. İnfertilitenin Ruhsal Yönü**

Bugün, beklenmedik biçimde ortaya çıkan, sıklıkla açıklanamayan ve ne kadar süre devam edeceği ön görülemeyen infertilitenin, bir çift için başa çıkma mekanizmalarını zorlayan stresli bir durum yarattığı, sağlık ve bütünlük hissini bozduğu kabul edilmektedir [33, 54]. Kadınların %50'si, erkeklerin %15'i hayatları boyunca yaşadıkları en sıkıntı verici durumun infertilite olduğunu söylemektedir [33, 55].

#### **2.3.1. Bireyler üzerine etkileri**

Evli bir çift istediği halde toplumun beklentisini yerine getiremediğinde “aile olma” rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Çiftlerin üreme fonksiyonunu gerçekleştirememeleri, başarısızlık, yetersizlik duygularına neden olmaktadır.

İnfertilite eşler için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle acı veren; eşlerin evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını, benlik saygılarını, beden imajlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizidir [56-59].

İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri vardır. İnfertil kişiler bu durumu ağır bir özür olarak kabul etmekte, yaşadıkları yetersizlik duygusu sonucunda, zamanla çevrelerinden izole olmaktadır. Dolayısıyla infertilite basit bir jinekolojik sendrom olmayıp, özellikle kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça olumsuz etkileyen ve bunun sonucu olarak da sağlık ve yaşam kalitesini düşüren bir durumdur [19, 53].

#### **2.3.2. İnfertilite ve emosyonel durum**

İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, çiftin ruhsal sağlığına ve yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkilerle sağlıklı yaşamı tehdit etmektedir ve bazı yazarlar tarafından bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır.

İnfertil çiftlerde yapılan çalışmalar, özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda kaygı, depresyon, stres ve düşmanlık duygularının yaşandığını ve cinsel yaşamın olumsuz etkilendiğini göstermiştir [38]. Günümüzde, beklenmedik biçimde ortaya çıkan, sıklıkla açıklanamayan ve ne kadar süre devam edeceği ön görülemeyen infertilitenin, bir

çift için başa çıkma mekanizmalarını zorlayan stresli bir durum yarattığı, sağlık ve bütünlük hissini bozduğu kabul edilmektedir [30].

Beklenmedik anda karşılaşılan bu krize çiftlerin verdiği tepki 9 evrede incelenebilir [60-62].

1. **Şok evresi:**
2. Çift infertil olduğunu ilk öğrendiğinde bu üzücü gerçek karşısında şok yaşar, inanamaz. Çünkü her birey doğurgan ve doğurtkan olduğunu varsaymaktadır [63-65].
3. **Yadsıma (inkar) evresi:** Çift her ay menstrüasyon dönemi ile ortaya çıkan hayal kırıklığını; yetersiz cinsel ilişki ve ilk aylarda hamile olmamanın normal olması gibi düşüncelere bağlayarak bastırmaya çalışır. Çiftler inkâr döneminde profesyonel yardım aramadan önce uzun bir süre beklerler [64-67].
4. **Anksiyete:** Kadında daha fazla yaşanan bu duygunun sebepleri arasında; eşi tarafından terk edilme endişesi, kendi bedeninde birçok test ve tedavinin uygulanacak olma korkusu, eşin sevgisini kaybetme düşüncesi, kendini eksik ve yetersiz olarak görme, dişiliğinde veya erkekliğinde azalma duygusuyla özgüven kaybı sayılabilir. Sürenin uzaması, tetkik ve tedavinin karmaşıklaşması hayal kırıklıklarının ve anksiyetenin artmasıyla sonuçlanır [68-71].
5. **Öfke:** İnfertil çift haksızlığa uğradığını düşünür ve ‘neden biz?’ sorusuna yanıt arar. Bu soru çifti geçmişteki kürtajlar, cinsel birliktelikler gibi cezalandırmayı gerektirecek olayları sebep olarak düşünmeye yöneltir. Bu düşünce beraberinde kendine veya eşe öfke ve düşmanlığı getirir. Kontrol kaybı, yoğun stres yaşama, eş, aile ve arkadaşlardan destek alamama öfkeyi ortaya çıkarabilir. Sonuçta infertilite soyu devam ettirme önündeki engel olarak algılanabilir. Çözüm olarak; boşanma, yeniden evlenme veya intihara varan sonuçlar gündeme gelebilir [64-67, 72, 73].
6. **Kontrol kaybı:** Hem yapılan tetkiklerin karmaşık ve girişimsel olması, hem de cinsel hayatın ayrıntılarıyla sorgulanması çiftte özel yaşamının ihlali olarak algılanır. Tedavi başarısının önceden tahmin edilemez oluşu; çiftte, geleceğe dair belirsizlik duygusu meydana getirir.
7. **Yalnızlık ve yabancılaşma:** Ümit ve hayal kırıklıklarının arka arkaya yaşanması çifti yıpratır. Çocuğu olan diğer arkadaşlar tarafından ‘kusurlu’ görüleceği düşüncesi ve paylaşılacak ortak yönlerin azalmış olması sebebiyle, çift önce

çevreden uzaklaşır. Bu düşünce zamanla eş tarafından da anlaşılammaya dönüşür ve eşle de yabancılaşılır [49, 67, 69, 74-76].

- 8. Suçluluk:** İnfertil olan eş, kültürden gelen anne-babalık rolünü eşinin kendisi yüzünden yaşayamadığını düşünerek kendini suçlar. Bu suçlama ve öfke duyguları infertil eşi ümitsizliğe sevk eder. Geçmişte infertiliteye yol açabilecek (kullanılan alkol, sigara doğum kontrol yöntemleri, geçirilen düşük ve küretajlar...) deneyimlerinden dolayı suçluluk duyar [76].
- 9. Depresyon ve yas:** İnfertil çift için gebe kalınamayan her ay; mensle birlikte var olan bir çocuğun kaybedilmesi gibi algılanır. Bu kayıp duygusu, beraberinde yas ve depresyonu getirir. Ölüm ya da boşanmadaki gibi gerçek bir kayıp bulunmasa da, paradoksal bir şekilde, olmamış çocuğun yası tutulur. Çünkü kaybedilen sadece çocuk değil; ideal aile olma ümidi ve mutlu bir gelecektir. Kişiler zamanla hayattan zevk alamaz, bitkin bir hale gelirler. Bir başka deyişle yas süreci beraberinde depresyonu getirmektedir [77, 78].
- 10. Yavaş yavaş çözülme:** Çiftler artık biyolojik yollarla çocuk sahibi olamayacağını kabul ederler. Bu yol ayrımında çifti çocuksuz evliliği sürdürme, boşanıp yeniden evlenme, evlat edinme gibi zor kararlar beklemektedir.

İnfertilitenin emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlüdür. Sıklıkla görülen anksiyete ve depresyon infertilitenin hem sebebi hem de sonucu olabilmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar ovulasyonu baskılamakta, fallop tüplerine spazma neden olmakta ve spermiumların ilerlemesine engel olarak infertiliteye yol açabilmektedir. Diğer taraftan karmaşık ve yıpratıcı tedavi süreci infertil kişilerde psikolojik semptomlarla sonuçlanabilmektedir [79].

Yapılan birçok çalışmada da infertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke, sinirlilik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişki güçlüğü, yaşam memnuniyetinde azalma, anksiyete ve depresyon infertilite ile ilişkili olarak sık sık ortaya konulan psikolojik bozukluk göstergeleridir [38].

### **2.3.3. İnfertilite ve çift uyumu**

İnfertil çiftlerde evlilik uyumu ile ilişkili çalışmalara bakıldığında birbirinden farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Bazı çalışmalarda infertilite sorununun, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkileri olduğu, çiftlerin yakınlaştığı ve evliliğin güçlendiği söylenmektedir. Bu çalışmalara göre paylaşılan stres, yas ve hayal kırıklıkları çiftler

arasındaki uyumu arttırıyor ve evlilik ilişkisinin gelişimine katkıda bulunuyor görünmektedir [80-82]. İnfertilite ile ilişkili stresin hem kadın hem erkeklerde çatışmayı arttırdığını, cinsel doyum, cinsel kendine güven ve cinsel ilişki sıklığını azalttığını söyleyen çalışmalar da vardır [83-86]. Yine infertil çiftlerdeki kadınların erkeklere göre daha düşük evlilik uyumu ve yaşam kalitesi bildirdikleri, erkeklerin kadınlara göre anlamlı olarak daha az stres yaşadığı, kendilerine güvenlerinin daha yüksek olduğu, evlilik ve cinsel doyumlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır [1, 85, 86]. Bunun tam tersi biçimde kadınların evlilik doyumlarının ve infertilitenin evlilik üzerine olan olumlu etkilerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır [82].

Evliliğin ve evlilik uyumunun önemli bir bileşeni olan cinsellik üzerine de infertilitenin birçok etkisinin olduğu söylenmektedir [87]. İnfertilite tanısından sonra hastaların %45,5'inde cinsel istek ve doyumda azalma olduğu, infertilite süresi arttıkça cinsel doyumun azaldığı bulunmuştur [3].

Evlilik uyumunun tedavi ve tedaviye yanıtla nasıl etkilendiğini araştıran çalışmalarda yine birbiriyle çelişen sonuçlara rastlanmaktadır. Bir çalışmada IVF tedavisinin evlilik uyumu üzerine olumsuz etkisinin olmadığı, aksine çiftlerin yakınlaştığı ve birbirlerini destekledikleri gösterilmiştir [80]. Yine başarısız tedavi girişimlerinin kadınlarda daha iyi evlilik uyumu ile ilişkili olduğu, ancak spontan düşük ve çok sayıda doğumolmuşsa kadınların evlilik doyumunun azaldığı, erkeklerde evlilik ilişkisindeki doyumun infertilite süresi ve kadınlara benzer biçimde çok sayıda doğumla azaldığı bulunmuştur [81].

Erkek ve kadınların infertilite ile başa çıkma biçimlerinin de evlilik uyumu ve infertilitenin evlilik üzerindeki sonuçlarını etkilediği söylenmektedir. Özellikle erkeklerin konuşmadığı, infertilite ve tedavisini gizlediği durumlarda infertilitenin evlilik üzerine etkisini de daha olumsuz görmektedirler. Erkeklerin fertilitate tedavisine ilgisi ve bu tedaviye katılımları arttıkça, eşlerin iletişimlerinde olumlu değişiklikler ve infertilitenin evlilik üzerinde daha olumlu etkilerinin ortaya çıktığı görülmektedir [82, 88].

#### **2.4. İnfertilitenin sosyal yönü**

Fertilite problemleri, görünür ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen hem bireyi, hem de toplumu etkileyen sosyal bir durumdur. Çocuk sahibi olma arzusu, cinsiyet, yaş, ırk, din ve sosyal sınıf gözetmeksizin toplumsal bir anlam kazanmıştır. Bunun sonucu olarak infertil çiftler, sosyal damgalamanın



toplumdan dışlanma ve boşanma gibi açık ya da izolasyon ve ruhsal sıkıntılar gibi daha güç fark edilen farklı biçimlerini yaşayabilmektedir. Kùltürler, üremeleri için çiftler üzerinde oldukça fazla toplumsal baskı oluştururken, emosyonel yükün kadın ve erkek üzerinde farklı etkileri olmaktadır [8, 33].

Aile isminin devamı için sosyal ve ailesel baskılar infertil çiftleri tüketmektedir. Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin fiziksel, psikolojik ve ekonomik zorlamaları çiftleri, gelecekte de etkileyebilir [89]. İnfertilite üzerindeki damgalama fiziksel bir eksiklik ya da kusur olarak değil, grubun kurallarına uymama ya da grubun dışında kalma olarak yorumlanabilir [30].

Bazı kùltürlerde annelik, kadının kendi ailesi ve toplumu üzerinde konumunu arttıran tek yoldur. Çocuk sahibi olmak ekonomik olarak devamlılığın ve aile büyüklerine bakımın güvencesidir [90]. Toplumda annelik kadın olmanın en üst ifadesi olarak kabul edilirken, babalık erkeğin yaşamının sadece bir yönüdür.

Birçok bölgede çocuğun olmamasının kadına ait bir sorun olduğuna, hatta doğan çocuğun cinsiyetinin bile kadına bağlı olduğuna inanılmaktadır. Doğum; kadın için toplumda bir suç olarak kabul gören 'kısır kadın' damgasından kurtulmanın, toplumda yer edinebilmenin tek yolu olarak görülebilmektedir. Erkek için ise, soyadının devamını sağlaması ve geleceğe güvenle bakabilmesi açısından önemli bir olay olarak görülebilmektedir [14].

Kadınlar için, istediği zamanda gebe kalmayı başaramamak ve bu durumda kontrolün kendisinde olmadığı hissi hayal kırıcı ve korkutucu olabilir. Bu durum uzun süreli arkadaşlıkların bozulmasına yol açabilir. İnfertil bireyler, arkadaş çevresiyle onların doğurganlıklarına olan öfkelerinden dolayı ilişkilerini uzak tutma eğiliminde olabilirler. Ayrıca kişilerin, kendileri ve eşleri, aileleri ve arkadaşları ile olan ilişkileri hakkındaki değişik duygularıyla yüzleşmelerine neden olabilir. Tedavi için gerektiğinde, iş kısıtlamaları infertilite tedavisine engel olabilmektedir. Ailenin paraya ve sosyal güvenlik kapsamına ihtiyacı olduğundan, işi bırakmak çözüm olmayabilir [14, 25, 91].

İnfertilite ve sosyal destek ilişkisine baktığımızda infertil hastaların, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanacak kontrol algılarını, optimizmini, sosyal desteğini arttırmaya yönelik girişimlerin yaşadıkları stresi azaltabileceği söylenmektedir [92].

## 2.5. Kişilik tipleri ve infertilite

İnfertilite sürecini etkileyen önemli faktörlerden biri de kişilik problemleridir. Bu yapıların bilinmesi tedavi sürecinde oluşacak problemlerin öngörülmesi ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili olarak önemli bilgiler verir.

Bazı kişiler infertilite ile mücadele edebilirken bazıları, başa çıkma mekanizmalarında başarısız olabilmektedir. Bunu etkileyen faktörlerin başında kişilik örüntüsü gelmektedir [93]. Bazı ciddi kişilik bozuklukları tıbbi tedavinin sonlandırılmasına bile sebep olabilir. Bu bağlamda değişik kişilik tiplerinin özelliklerine sahip bireylerde infertilitenin nasıl algılandığının bilinmesi gerekir. Kısaca özetlenecek olursa;

1. **Histeriyonik:** Dramatik, ilgi çekici olma, abartılı duygusallık: infertilite maskülenite veya feminiteye karşı bir atak gibi algılanır.
2. **Obsesif:** Düzenli, sistematik, mükemmeliyetçi, katı: İnfertilite olayların kontrolden çıkmasına sebep olan bir cezadır.
3. **Narsistik:** Kendisiyle ilgili, öfkeli, bağımsız, mükemmeliyetçi: İnfertilite kendilik mükemmeliyetine ve otonomisine bir ataktır.
4. **Borderline:** İlgi çeken, impulsif: İnfertilite bir terk edilme tehdididir.
5. **Bağımlı:** Acı çeken, depresif, itaatkar: İnfertilite, değersizliğine karşı beklenen bir cezadır.
6. **Kaçıngan:** Uzak, sosyalleşemeyen, ilgisiz: İnfertilite ve ilgili prosedürler gizliliğin tehlikeli bir ihlali gibi yaşanır.
7. **Paranoid:** Endişeli, şüpheli, suçlayıcı, aşırı duyarlı: İnfertilite kendilik dışında herhangi bir yerden gelebilecek yok edici bir süreç olarak yaşanır.

İnfertil hastalarda ruhsal durum ve kişilik profilini inceleyen bir çalışmada kadınların %83,8' inde herhangi bir düzeyde ruhsal durum bozukluğu saptanmış olup, bunların %52'si orta veya ağır düzeyde bulunmuştur [94]. İnfertil grupta depresyon ve anksiyete daha yaygın, ruhsal durumun daha az stabil olduğu ve bunun kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir [94]. Geleneksel feminen rolü benimseyen kadınlarda, yaşanan anksiyete düzeyi maskülen özellikli infertil kadınlara oranla yüksek bulunmuştur [15]. Aleksitimik özelliği fazla olan infertil erkeklerde de stres ve yaşam kalitesinde kayıp daha fazladır.

İnfertilite sürecinde yeterli kişilik özelliğine sahip, özgüveni tam, eşi ile ilişkisi tatminkâr, evlat edinmeyi kabul edebilen kadınlar daha az psikolojik problem yaşarken;

yetersiz psikolojik destek, başarısız tedavi girişimleri, düşük sosyoekonomik konum, yabancı uyruklu olma, eşin desteğinin olmaması, depresyon ile ilişkili faktörler olarak saptanmıştır [95, 96].

## **2.6. İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri**

Baş çıkma en genel ifade ile stresin kontrol altına alınması ve düzenlenmesinin bir yoludur [97]. Stresöre verilecek tepki, olayın yorumlanmasıyla birlikte başlar ve baş çıkma yöntemlerinin kullanılması ile sonuçlanır [98].Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek veya tümüyle ortadan kaldırmak için bazı baş çıkma yöntemlerini kullanmak evrensel bir tutumdur [99].

İnfertilite başa çıkılması zor bir kriz durumudur [100]. İnfertilite sorununun yanı sıra, üreme yardımı için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları da çiftin sorunla başa çıkmasını zorlaştırmaktadır [78].

Bireyin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi durumunda buna bağlı olumsuz sonuçları en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için başa çıkma yöntemlerini kullanması gerekmektedir [101].

Çiftler, infertilite tanı ve tedavi sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemleri ile infertilite krizini yönetebilmektedirler [97, 102].

Bu yüzden infertil çiftlerin psikososyal değerlendirmesinde çiftlerin yaşadıkları güçlükler ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri değerlendirilmelidir [4].

İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar ve erkekler farklı başa çıkma yöntemleri kullanmaktadırlar [15, 97, 103]. Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılabilceği gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir [15, 97, 104-106]. Erkekler ise, dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme, problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır [97, 104, 105].

Kadın ve erkeklerin infertilite sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin farklı olabildiğini bilmeyen çiftler, eşinin davranışlarını yanlış yorumlayabilir ve olumsuz yargılarda bulunabilir. Özellikle tedavinin olumsuz sonuçlandığı durumlarda yaşanan hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk ile birlikte karşılıklı suçlamalar da artar. Erkek, eşini aşırı

duygusal olmakla, abartılı davranmakla suçlarken, kadın da eşini duygusuz olmakla, yeterince önemsememekle suçlayabilir. Bu tablonun yaşanmasını önlemek için, çiftler tedaviye başlarken sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme, çiftlerin karşılıklı yanlış yargılamalarını önleyerek birbirlerine daha çok destek vermelerini sağlayacaktır [107].

İnfertil çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin ise bırakılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına olanak sağlayacağı için önemlidir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışma Grubunun Seçimi**

Bu çalışmaya, Ocak 2015-Agustos 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran 18-45 yaş arası 67 infertil kadın ile Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 18-45 yaş arası 61 fertil kadın olmak üzere toplam 128 kişi dahiledilmiştir. Sekiz infertil kadın verileri eksik bıraktığı için çalışmaya alınmamıştır. Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan "16/11/2015 tarih, 2015/15 oturum, 10 sayılı" izin alınmıştır. Tüm hastalardan çalışma öncesi imzalanmış aydınlatılmış olur formu alınmıştır.

##### **3.1.1 Olgular**

#### **Çalışmaya dahil olma kriterleri:**

##### **1-İnfertil Grup İçin:**

1. Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma.
2. Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik ve ürolojik değerlendirme sonucunda infertilite tanısı almış olma.
3. Cinsel olarak aktif yaşta olma.
4. Çocuk sahibi olma isteği ile tedavi arayışında olma.
5. Evli olma.
6. Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olmaması ya da bu nedenden tedavi görüyor olmaması.
7. İnfertilite tanısından önce bir psikiyatrik tanı almamış olma.

##### **2-Fertil Grup İçin:**

1. Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma.
2. Evli olma.
3. Birden fazla sayıda çocuğa sahip olma.
4. Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olmaması ya da bu nedenden tedavi görüyor olmaması.
5. Daha önce bir psikiyatrik tanı almamış olma.

Çalışmaya alınan kişilerden ayrıntılı öykü alındı. Hastalar ve kontrollerin tamamı ile yüz yüze görüşüldü, çalışmada kullanılan soru formu ve ölçekler de yüz yüze görüşme

yoluyla görüşmeci tarafından değerlendirildi. İki gruba, Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, DSM Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), EYSENCK Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği(ÇUÖ) uygulandı.

### **3.3. Değerlendirme Gereçleri**

#### **Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK I)**

Çalışmaya katılan her gönüllüye çalışmanın özetini, amacını ve kısaca yöntemini içeren ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ verilerek gerekli açıklamalar yapılmıştır. Bu formda kişisel bilgilerin gizliliğinin ihlal edilmeyeceği, araştırmaya katılımın tamamen gönüllü olduğu, istediği zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceği ve her türlü sorularıyla ilgili araştırmacı doktora ulaşılabilceği anlatılmıştır. Katılımcılardan bu formu dikkatlice okumaları ve özgür iradeleriyle çalışmaya katılmaya karar verdikleri takdirde imzalamaları istenmiştir.

#### **Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (EK II)**

Tarafımızdan geliştirilen bu formuninfertil ve kontrol grubu için hem benzer hem de farklı yanları vardır; ortak olarak yaş, eğitim durumu, doğum yeri, yaşadığı yer, aile biçimi, sosyal durumu, çalışma durumu, gelir durumu, evlilik sayısı, evlilik biçimi, evlilik süresi, jinekolojik rahatsızlık öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsü, psikoaktif madde kullanım öyküsü ve ek herhangi bir hastalığın olup olmadığı gibi klinik özellikleri sorgulayan sorular sorulmuştur.

İnfertil gruba bu sayılanlara ek olarak infertile süresi, infertilite sebebi, infertilite kaynağı, çocuk öyküsü, infertilite tedavi süresi, uygulanan infertilite tedavileri, infertilite tedavi bilgisi, tedavi masraflarını kimin karşıladığı, evlat edinme fikri, infertiliteye yüklediği anlam, infertiliteye eşinin tutumu, infertiliteye yakın çevresinin tepkisi, çocuğa yüklediği anlam, infertilite sonrası yaşanan duygular, çocuğun olmamasının etkileri gibi sorular da sorulmuştur.

#### **DSM-IV Eksen I Bozuklukları Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)**

Türkçe formunun adı DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmedir. Görüşmeci tarafından uygulanan DSM-IV’e göre Eksen I bozukluk tanısını araştırmak için kullanılan bir klinik görüşme ölçeğidir. Sağlıklı ve hasta denekler üzerinde uygulanan bu ölçek 6 modülden oluşmaktadır. Toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve

tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Denekler 18 yaşından büyük olmalı, ajitasyonuna da ağır psikotik belirtileri bulunmamalı aynı zamanda yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmalıdır. Uygulama ortalama olarak 25-60 dakika sürmektedir. Türkçe uyarlanması ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında yapılmıştır.

### **Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ): (EK III)**

Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988’de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0–3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0–63 ’tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır [108].

### **Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ): (EK IV)**

Bireylerin depresyon yönünden riskini belirleyen ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini değerlendiren bir ölçektir. Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0–63 arasında değişir. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir. Türkiye için geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları Hisli N. tarafından yapılmıştır [109].

### **Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısa Formu: (EK V)**

Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısa Formu 1992 yılında Leslie Francis ve arkadaşları tarafından, Eysenck’in kendi teorisi üzerine, bizzat kendisinin 1975 yılında ve 1985 yılında geliştirdiği Eysenck Kişilik Anketi üzerine inşa edilmiştir [110-112].

Eysenck’in teorisine göre; kişilik dışadönüklük-içedönüklük, nörotisizm ve psikotisizm olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır [110]. Dışadönüklük-İçedönüklük boyutu, sosyalliği ve dürtüsellliği; nörotisizm duygusal tutarlılığı ve aşırı tepkiselliği; psikotisizm ise antisosyal davranışlar ve soğuk bir kişilik yapısını değerlendirir.

Eysenck’in bu teori üzerine ilk geliştirdiği ölçek olan Eysenck Kişilik Anketi 90, gözden geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi ise 100 maddeden oluşmaktaydı. Bu ölçekler her ne kadar kişilik ölçümünde geçerli ve güvenilir olsalar da anketlerin uzunluğu araştırmalarda kişiliğin değerlendirilmesi kısmında bazı sıkıntılara sebep olmaktaydılar. Bunun üzerine anketin daha kısa bir formu oluşturuldu. Yapılan çalışmaya Amerika,

Kanada, İngiltere ve Avustralya'dan olmak üzere toplam 685 üniversite öğrencisi katıldı [111]. Çalışmanın sonucunda; anketin dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve kişilerin topluma ve genelgeçer ahlak kurallarına uyumunu ölçen yalan altfaktörü olmak üzere 4 altfaktörü olduğu saptandı. Anket; her bir faktörde 6 madde olmak üzere toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Kişiler maddelere 1 'evet' ve 2 'hayır' olmak üzere iki şekilde cevap verebilmektedirler ve her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir.

Anketin iç tutarlılık katsayısı dört farklı ülkede yapılan çalışmalarda, nörotisizm için 0.70-0.77 arasında, dışadönüklük için 0.74-0.84 arasında, yalan için iç tutarlılık katsayısı 0.59-0.65 ve psikotisizm için ise 0.33-0.52 arasında bulunmuştur.

Anketin Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışması 2007 yılında Nuray Karancı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [113]. Çalışmaya 756 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmanın sonucunda 24 ölçek maddesi orijinal ölçek ile denkleşecek şekilde dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm ve yalan olmak üzere 4 altfaktöre ayrılmıştır. Anketin iç tutarlılık katsayıları ise; dışadönüklük altfaktörü için 78, nörotisizm altfaktörü için 65, psikotisizm altfaktörü için 42 ve yalan altfaktörü için ise 64 olarak bulunmuştur.

#### 1-PSİKOTİZM ÖLÇEĞİ:

- Yalnız tek başına başkalarını umursamayan ve insanlara aldırış etmeyen bir tip.
- Çoğunlukla başkalarının başına dert açar.
- Rahatsız eder ve huzursuzluk yaratır.
- Bazen acımasız, zalim ve hatta insanlıktan uzak davranışlarda bulunabilir.
- Hissizdir. Başkalarını kolay kolay anlayamaz ve duyarlı olmaz.
- Garip ve olağan olmayan şeylere karşı bir yakınlık duyar ve tehlikeleri görmezlikten gelir.
- Başkalarını aptal ve budala yerine koymaktan ve sinirlendirmekten hoşlanır.

#### 2-DIŞADÖNÜKLÜK ÖLÇEĞİ:

- Sosyal bir kimse olup toplantılardan hoşlanır.
- Pek çok arkadaşı vardır.
- Heyecan veren şeyler arar.
- Daima hazır cevaptır, değişikliği sever.



- İnsanlarla rahat kaynaşır.
- Gülmek ve neşeli olmak ister.
- Hareket halinde olmak ister ve bundan hoşlanır.
- Agresif olma eğilimindedir ve çabuk öfkeye kapılır.
- Genellikle hislerini her zaman kontrol altında tutamazlar.

### 3-NÖROTİZM ÖLÇEĞİ:

- Kaygılı endişeli aksi ve çoğunlukla küskün bir kişi olarak tanımlayabiliriz.
- Uykusunda huzursuz olan bu insanlar çeşitli türde psikomatik rahatsızlıklardan şikayetçidir.
- Emosyonel olarak kendileri için sarsıcı olan her olaydan sonra eski hallerine dönmekte güçlük çekerler.
- Aşırı derecede emosyonel reaksiyonda bulunmaları uyum yeteneklerini de engeller ve böylece reaksiyonları irrasyonel ve bazen de katı olur.
- Olaya bir de dışadönüklüğün karıştığı hallerde kişi büsbütün duyarlı ve huysuz olur. O zaman da aşırı heyecanlanır ve saldırgan bile olduğu olur. Kısaca çok endişeli diyebiliriz.

4-YALAN ÖLÇEĞİ: Amacı, sahte görünüm verme çabasında olan bazı denekleri ortaya çıkarmada yardımcı olmaktadır. Böyle davranma eğilimi genellikle bazı pozisyonlarda bu tür görünmenin daha olumlu sonuçlar vereceği kanaati ile ortaya çıkar. Yalan ölçeği deneğin kendini sosyal bakımdan iyi bir düzeye ulaştırmak veya kabul ettirmek ve bazı durumlarda da kendini değiştirmek çabası ile ilgilidir.

### Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) : (EK VI)

Çift uyum ölçeği, evli ya da birlikte yaşayan çiftlerde ilişkinin kalitesinin nasıl algılandığını değerlendirmek için Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir. 32 maddeden oluşan bir ölçektir.

Çift uyum ölçeği ilişkiyi dört ayrı yönden değerlendirir, bu nedenle 4 alt ölçeğe sahiptir. Bunlar;

1. Çift doyumunu, pozitif ve olumsuz iletişim ile ilgili 10 madde içerir (16-23.31.32).
2. Çiftlerin bağlılığı, birlikte geçirilen zaman ve münazaraları anlatan 5 madde içerir (24-28).

3. Çift uyumu, evlilik ilişkisindeki temel konular hakkındaki anlaşma düzeyini gösteren 13 maddeden oluşur (1-3.5.7.7-15).
4. Sevgi gösterme, sevgi hakkında anlaşmaya dair ve sevgi gösteren davranışları yapmayı içeren 4 maddeyi içerir (4.6.29.30).

Ölçek farklı maddeler için beşli, altılı ve yedili Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. İki madde ise “evet” ve “hayır” olarak cevaplandırılır. Maddelerin çoğunluğu 0-5 arasındaki değerlerin kullanıldığı altılı bir puanlama sistemi üzerinden değerlendirilir (her zaman anlaşırız/anlaşamayız, her zaman/hiç bir zaman gibi).

Toplam puanlar evlilik uyumu ve tatminin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puanların dağılımı 0'dan 151'e kadar olabilir. Alınan yüksek puan kişinin evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. Çift (Eşler arası) Uyum Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması H.Fıfıloğlu ve A.Demirtarafından 2000 yılında yapılmıştır [114].

### **3.4. Verilerin istatistiksel analizi**

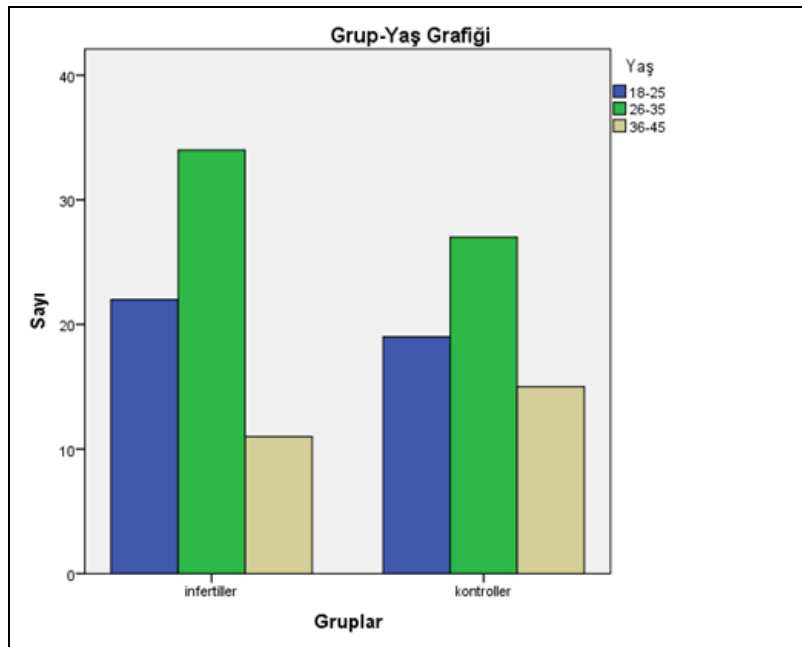
Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS (Statiscal Package for the Social Science) Statistics 20 programı ile yapılmıştır.İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, Kruskal-Wallis testi, Post hoc test olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon ile test edildi.  $P < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza 67'si infertil, 61'i kontrol grubunu oluşturmak üzere çocuk sahibi toplam 128 kadın alındı. İnfertil grupta 67 kişinin %32,8'i (n:22) 18-25 yaş Aralığında; %50,7'si (n:34) 26-35 yaş Aralığında; %16,4'ü (n:11) 36-25 yaş aralığında bulunmaktadır. Kontrol grubunda 61 kişinin %31,1'i (n:19) 18-25 yaş Aralığında; %44,3'ü (n:27) 26-35 yaş Aralığında; %24,6'sı (n:15) 36-45 yaş aralığında bulunmaktadır. Her iki grup arasında yaş dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0.507). Bulgular aşağıdaki gruplar-yaş aralıkları tablosu ve grafiğinde gösterilmektedir (**Tablo 2, Grafik 1**).

Tablo 2: Gruplar-Yaş Aralıkları Tablosu

Gruplar	Yaş Aralıkları			P
	18-25 y (n: 41)	26-35 y (n: 61)	36-45 y (n: 26)	
İnfertil	22 (%32.8)	34 (%50.7)	11 (%16.4)	0.507
Kontroller	19 (%31.1)	27 (%44.3)	15 (%24.6)	



Grafik-1: Gruplar-Yaş aralıkları grafiği

İnfertil ve kontrol grubundaki kişilerin sosyodemografik verilerini incelediğimizde (**Tablo 3**); her iki grup arasında eğitim, doğum yeri, yaşanan yer, aile biçimi, sosyal durum, gelir durumu, evlilik sayısı, evlenme biçimi ve evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Eğitim durumuna baktığımızda infertil grubun %4.5'i (n:3) okur-yazar, %34.3'ü ilkokul (n:23), %26.9'u (n:18) ortaokul, %17.9'u (n:12) lise, %16.4'ü (n:11) lisansüstü mezunu; kontrol grubunun %34.4'ü ilkokul (n:21), %23'ü (n:14) ortaokul, %24.6'sı (n:15) lise, %18'i (n:11) lisansüstü mezunuydu. Her bir grubu ilköğretim mezunu ve en az lise mezunu olarak iki alt gruba ayırdık. Bu yeni eğitim gruplarında infertil kişilerin %65.7'si (n:44) ilköğretim mezunu, %34.3'ü (n:23) en az lise mezunu iken; kontrollerin %57.4'ü (n:35) ilköğretim mezunu, %42.6'sı (n:26) en az lise mezunuydu. Çalışmamıza katılan infertilin %38.8'i (n:26) kırsal, %61.2'si (n:41) şehir doğumluuydu. İnfertilin %19.4'ü (n:13) kırsalda, %80.6'sı (n:54) şehirde yaşamaktaydı. Kontrollerin %36.1'i (n:22) kırsal, %63.9'u (n:39) şehir doğumluuydu. Kontrollerin %9.8'i (n:6) kırsalda, %90.2'si (n:55) şehirde yaşamaktaydı. İnfertil grubun %67.2 'si (n:45) çekirdek, %32.8'i (n:22) geniş aile yapısına sahip iken; kontrol grubunun %75.4'ü (n:46) çekirdek, %24.6'sı (n:15) geniş aile yapısına sahipti. İnfertil grubun %13.4'ü (n:9) çalışan, %86.6'sı (n:58) çalışmayan iken; kontrol grubunun %26.2'si (16) çalışan, %73.8'i (n:45) çalışmayan kişilerden oluşmaktaydı. İnfertil grubun aylık gelir durumuna baktığımızda %37.3'ü (n:25) 0-1000TL, %56.7'si (n:38) 1000-3000TL, %6'sı (n:4) 3000TL ve üstü gelir grubunda iken; kontrol grubunun %37.7'si (n:23) 0-1000TL, %47.5'i (n:29) 1000-3000TL, %14.8'si (n:9) 3000TL ve üstü gelir grubunda bulunmaktaydı. İnfertilin evlilik sayısına baktığımızda %98.5'inin (n:66) ilk evliliği, %1.5'nin (n:1) en az iki evliliği var iken; kontrollerin %93.4'ünün (n:57) ilk evliliği, %6.6'sının (n:4) en az iki evliliği vardı. İnfertilin %73.1'i (n:49) görücü usulü ile, %26.9'u (n:18) tanışarak evlenmiş iken; kontrollerin %65.6'sı (n:40) görücü usulü ile, %34.4'ü (n:21) tanışarak evlenmişti. İnfertilin %49.3'ünün (n:33) evlilik süresi 5 yıl ve daha az iken, %50.7'sinin (n:34) evlilik süresi 5 yıldan fazlaydı; kontrollerin ise %59'unun (n:36) evlilik süresi 5 yıl ve daha az iken, %41'nin (n:25) evlilik süresi 5 yıldan fazlaydı.

Tablo 3: İki gruptaki olguların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.

		GRUPLAR		P
		İnfertililer (n: 67)	Kontroller (n: 61)	
Eğitim	İlköğretim	44 (%65.7)	35 (%57.4)	0.608
	Lise ve Üstü	23 (%34.3)	26 (%42.6)	
Doğum Yeri	Kırsal	26 (%38.8)	22 (%36.1)	0.749
	Şehir	41 (%61.2)	39 (%63.9)	
Yaşadığınız Yer	Kırsal	13 (% 19.4)	6 (%9.8)	0.128
	Şehir	54 (%80.6)	55 (%90.2)	
Aile Biçimi	Çekirdek	45 (%67.2)	46 (%75.4)	0.304
	Geniş Aile	22 (%32.8)	15 (%24.6)	
Sosyal Durum	Çalışan	9 (%13.4)	16 (%26.2)	0.068
	Çalışmayan	58 (%86.6)	45 (%73.8)	
Gelir Durumu	0-1000 TL	25 (%37.3)	23 (%37.7)	0.230
	1000-3000 TL	38 (%56.7)	29 (%47.5)	
	3000 ve Üstü	4 (%6)	9 (%14.8)	
Kaçınıcı Evlilik	İlk	66 (%98.5)	57 (%93.4)	0.155
	İki ve Üstü	1 (%1.5)	4 (%6.6)	
Evlilik Biçimi	Görücü Usulü	49 (%73.1)	40 (%65.6)	0.353
	Tanışarak	18 (%26.9)	21 (%34.4)	
Evlilik Süresi	5 yıl ve Altı	33 (%49.3)	36 (%59)	0.268
	5 yıl üstü	34 (%50.7)	25 (%41)	

Çalışmamızdaki infertil kadınlara sosyodemografik verilere ek olarak infertilite süreci ile ilgili bazı sorular yöneltildi (**Tablo 4**). Çalışmamızda infertililere “Tedavi

masraflarını kim karşılıyor?” diye sorduğumuzda infertil kişilerin %11.9’u (n:8) kendisi, %46.3’ü (n:31) sosyal güvencesi, %40.3’ü (n:27) kendisi ve sosyal güvencesi, %1.5’i (n:1) tedavi masraflarının yakınları tarafından karşılandığı belirtti. “İnfertilite yılını” sorduğumuzda %43.3’ü (n:29) 1-2 yıl, %25.4’ü (n:17) 3-5 yıl, %25.4’ü (n:17) 6-10 yıl ve %6’sı (n:4) en az 11 yıldır infertilildi. “İnfertilite sebebini” sorduğumuzda %82.1’i (n:55) primer ve %17.9’u (n:12) sekonder infertil olarak bulundu. “İnfertilite kaynağını” sorduğumuzda %41.8’inin (n:28) kaynağının bilinmediği, %32.8’inin (n:22) kadın kaynaklı, %13.4’ünün (n:9) erkek kaynaklı, %11.9’unun (n:8) her iki eş kaynaklı olduğu tespit edildi. “İnfertilite tedavi süresini” sorduğumuzda kişilerin %35.8’inin (n:24) 1 yıldan az, %25.4’ünün (n:17) 1-2 yıl, %19.4’ünün (n:13) 3-5 yıl, %16.4’ünün (n:11) 6-10 yıl, %3’ünün (n:2) en az 11 yıldır tedavi gördüğü tespit edildi. “Aldıkları tedavi yöntemini” sorduğumuzda kişilerin %43.3’ünün (n:29) tedavi almadığı; %35.8’inin (n:24) sadece aşılama, %17.9’unun (n:12) aşılama ve tüp bebek, %3’ünün (n:2) sadece tüp bebek yöntemini kullandığı ortaya çıktı. “Evlat edinmeyi düşünür müsünüz?” diye sorduğumuzda %14.9’u (n:10) evet, %50.7’si (n:34) hayır, %34.3’ü (n:23) emin değilim olarak cevap verdi. “İnfertilite tedavisi ile ilgili yeterli bilgisi olup olmadığını” sorduğumuzda %52.2’si (n:35) yeterli olduğunu, %41.8’i (n:28) yetersiz olduğunu, %6’sı (n:4) bilgisi olmadığını belirtti. “İnfertiliteye yüklenen anlamı” sorduğumuzda infertililerin %10.4’ünde (n:7) psikolojik tatminsizlik, %25.4’ünde (n:17) doğuramama (yeti yitimi), %4.5’inde (n:3) soyutlanmış hissetme, %41.8’inde (n:28) evlat desteğinden mahrum kalma, %6’sında (n:4) sosyal güvence azlığı, %6’sında (n:4) sosyal rolü üstlenememe, %6’sında (n:4) benlik değerinde düşme olarak değerlendirildiği tespit edildi. “İnfertiliteye eşin tutumunu” sorduğumuzda %71.6’sından (n:48) değişiklik yok cevabı alındı, %19.4’ünde (n:13) olumlu yönde, %9’sında (n:6) olumsuz yönde değişiklik vardı. “İnfertiliteye çevrenin tutumunu” sorduğumuzda %10.4’ü (n:7) değişiklik olmadığını, %68.7’si (n:46) anlayışlı ve destekleyici, %20.9’u (n:14) eleştirel ve küçümseyici bulunduğunu belirtti. “Çocuğa yüklenen anlamı” sorduğumuzda %76.1’i (n:51) eşler arası sevgi ve mutluluk, %13.4’ü (n:9) analık içgüsünün tatmini, %1.5’i (n:1) evliliğin sürdürülmesi, %9’u (n:6) ebeveyn rolünün sağlanması olarak cevapladı. İnfertilite sürecinde “en sık yaşanan duygulara” baktığımızda %64.2’sinin (43) birden fazla duygu (hüzün, kabullenme, şaşkınlık, inkar, içe kapanma), %20.9’unun (n:14) hüzün, %10.4’ünün (n:7) kabullenme, %1.5’inin (n:1) şaşkınlık, %1.5’inin (n:1) inkar, %1.5’inin (n:1) içe kapanma yaşadığı tespit edildi. “Çocuğunuzun olmaması nasıl etkiledi?” diye sorduğumuzda %70.1’i (n:47) çok

üzülüyorum, %16.4'ü (n:11) çok mutsuzum, %1.5'i (n:1) boşanmaktan korkuyorum, %3'ü (n:2) eşimden ve ailesinde utanıyorum, %9'u (n:6) hiçbir şey değişmedi olarak yanıtladı.

Tablo 4: İnfertil kadınlara yöneltilen ek sorular

Tedavi masraflarını kim karşılıyor?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %11.9'u (n:8) kendisi</li> <li>• %46.3'ü (n:31) sosyal güvencesi</li> <li>• %40.3'ü (n:27) kendisi ve sosyal güvencesi</li> <li>• %1.5'i (n:1) yakınları</li> </ul>
İnfertilite yılı?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %43.3'ü (n:29) 1-2 yıl</li> <li>• %25.4'ü (n:17) 3-5 yıl</li> <li>• %25.4'ü (n:17) 6-10 yıl</li> <li>• %6'sı (n:4) en az 11 yıl</li> </ul>
İnfertilite sebebi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %82.1'i (n:55) primer</li> <li>• %17.9'u (n:12) sekonder infertil</li> </ul>
İnfertilite kaynağı?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %41.8'inin (n:28) kaynağı bilinmiyor</li> <li>• %32.8'i (n:22) kadın kaynaklı</li> <li>• %13.4'ü (n:9) erkek kaynaklı</li> <li>• %11.9'u (n:8) her iki eş kaynaklı</li> </ul>
İnfertilite tedavi süresi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %35.8'i (n:24) 1 yıldan az</li> <li>• %25.4'ü (n:17) 1-2 yıl</li> <li>• %19.4'ü (n:13) 3-5 yıl</li> <li>• %16.4'ü (n:11) 6-10 yıl</li> <li>• %3'ü (n:2) en az 11 yıl</li> </ul>
Aldıkları tedavi yöntemi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %43.3'ü (n:29) tedavi almıyor</li> <li>• %35.8'i (n:24) sadece aşılama</li> <li>• %17.9'u (n:12) aşılama ve tüp bebek</li> <li>• %3'ü (n:2) sadece tüp bebek yöntemi</li> </ul>
Evlad edinmeyi düşünür müsünüz?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %14.9'u (n:10) evet</li> <li>• %50.7'si (n:34) hayır</li> <li>• %34.3'ü (n:23) emin değilim</li> </ul>
İnfertilite tedavisi ile ilgili yeterli bilgi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %52.2'si (n:35) yeterli</li> <li>• %41.8'i (n:28) yetersiz</li> <li>• %6'sı (n:4) bilgisi yok</li> </ul>
İnfertiliteye yüklenen anlam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %10.4'ünde (n:7) psikolojik tatminsizlik</li> <li>• %25.4'ünde (n:17) doğuramama (yeti yitimi)</li> <li>• %4.5'inde (n:3) soyutlanmış hissetme</li> <li>• %41.8'inde (n:28) evlat desteğinden mahrum kalma</li> <li>• %6'sında (n:4) sosyal güvence azlığı</li> <li>• %6'sında (n:4) sosyal rolü üstlenememe</li> <li>• %6'sında (n:4) benlik değerinde düşme</li> </ul>
İnfertiliteye eşin tutumu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %71.6'sında (n:48) değişiklik yok</li> <li>• %19.4'ünde (n:13) olumlu</li> <li>• %9'sında (n:6) olumsuz</li> </ul>

İnfertiliteye çevrenin tutumu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %10.4'ünde (n:7) değişiklik yok</li> <li>• %68.7'sinde (n:46) anlayışlı ve destekleyici</li> <li>• %20.9'unda (n:14) eleştirel ve küçümseyici</li> </ul>
Çocuğa yüklenen anlam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %76.1'i (n:51) eşler arası sevgi ve mutluluk</li> <li>• %13.4'ü (n:9) analık içgüsünün tatmini</li> <li>• %1.5'i (n:1) evliliğin sürdürülmesi</li> <li>• %9'u (n:6) ebeveyn rolünün sağlanması</li> </ul>
İnfertilite sürecinde en sık yaşanan duygular?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %64.2'si (43) birden fazla duygu</li> <li>• %20.9'u (n:14) hüzün</li> <li>• %10.4'ü (n:7) kabullenme</li> <li>• %1.5'i (n:1) şaşkınlık</li> <li>• %1.5'i (n:1) inkar</li> <li>• %1.5'i (n:1) içe kapanma</li> </ul>
Çocuğunuzun olmaması nasıl etkiledi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %70.1'i (n:47) çok üzülüyorum</li> <li>• %16.4'ü (n:11) çok mutsuzum</li> <li>• %1.5'i (n:1) boşanmaktan korkuyorum</li> <li>• %3'ü (n:2) eşimden ve ailesinde utanıyorum</li> <li>• %9'u (n:6) hiçbir şey değişmedi</li> </ul>

İki gruptaki olguların Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Eysenck Kişilik Anketi (EKA) ve Çift Uyum Ölçeği verilerinin karşılaştırılması **Tablo 5**'te gösterilmiştir. İnfertil grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $14.24 \pm 10.84$ , kontrol grubunun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $6.13 \pm 4.32$  olarak bulundu. Gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p < 0.001$ ); İnfertil grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $15.51 \pm 8.46$ , kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $6.59 \pm 4.85$  olarak bulundu. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p < 0.001$ ); İnfertil grubun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Eysenck Kişilik Anketi Nörotizm Alt Ölçeği (EKA/N) puan ortalaması  $3.61 \pm 1.93$ , kontrol grubunun EKA/N puan ortalaması  $2.49 \pm 1.80$  olarak bulundu. Gruplar arasında EKA/N puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p = 0.001$ ); İnfertil grubun EKA/N puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Eysenck Kişilik Anketi Dışa Dönüklük Alt Ölçeği (EKA/D-D) puan ortalaması  $3.42 \pm 1.98$ , kontrol grubunun EKA/D-D puan ortalaması  $3.30 \pm 1.93$  olarak bulundu. Gruplar arasında EKA/D-D puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ( $p = 0.689$ ). İnfertil grubun Eysenck Kişilik Anketi Psicotizm Alt Ölçeği (EKA/P) puan ortalaması  $1.07 \pm 1.05$ , kontrol grubunun

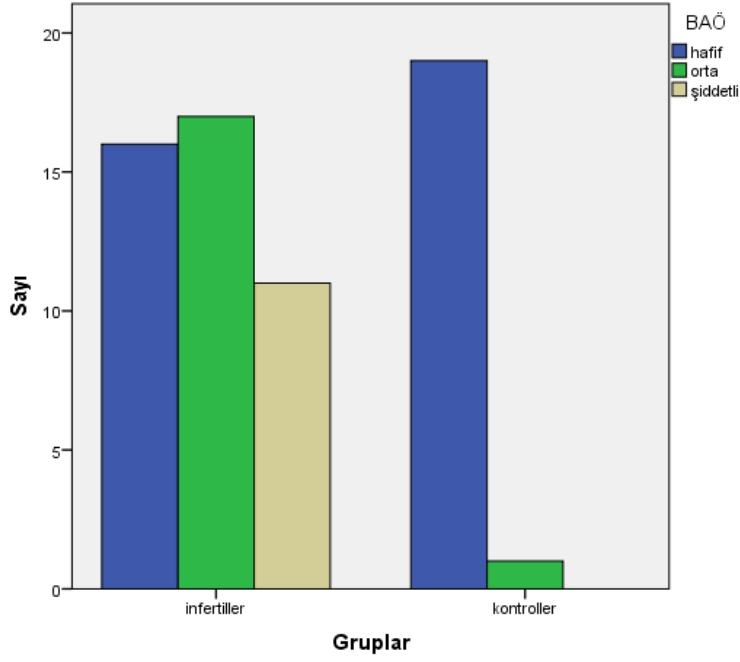


EKA/P puan ortalaması  $1.34 \pm 1.06$  olarak bulundu. Gruplar arasında EKA/P puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ( $p=0.109$ ). İnfertil grubun Eysenck Kişilik Anketi Yalan Alt Ölçeği (EKA/Y) puan ortalaması  $5.07 \pm 1.13$ , kontrol grubunun EKA/Y puan ortalaması  $4.20 \pm 1.90$  olarak bulundu. Gruplar arasında EKA/Y puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p=0.020$ ); İnfertil grubun EKA/Y puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Çift Uyum Ölçeğinin Çift Doyumu Alt Ölçeği (ÇUÖ/ÇD) puan ortalaması  $39.90 \pm 6.89$ , kontrol grubunun ÇUÖ/ÇD puan ortalaması  $34.28 \pm 8.52$  olarak bulundu. Gruplar arasında ÇUÖ/ÇD puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p<0.001$ ); İnfertil grubun ÇUÖ/ÇD puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Çift Uyum Ölçeğinin Çiftlerin Bağlılığı Alt Ölçeği (ÇUÖ/ÇB) puan ortalaması  $13.67 \pm 4.30$ , kontrol grubunun ÇUÖ/ÇB puan ortalaması  $12.59 \pm 4.53$  olarak bulundu. Gruplar arasında ÇUÖ/ÇB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ( $p=0.220$ ). İnfertil grubun Çift Uyum Ölçeğinin Çift Uyumu Alt Ölçeği (ÇUÖ/ÇU) puan ortalaması  $52.10 \pm 9.42$ , kontrol grubunun ÇUÖ/ÇU puan ortalaması  $47.02 \pm 11.36$  olarak bulundu. Gruplar arasında ÇUÖ/ÇU puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p=0.006$ ); İnfertil grubun ÇUÖ/ÇU puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Çift Uyum Ölçeğinin Sevgi Gösterme Alt Ölçeği (ÇUÖ/SG) puan ortalaması  $9.79 \pm 1.88$ , kontrol grubunun ÇUÖ/SG puan ortalaması  $8.23 \pm 2.44$  olarak bulundu. Gruplar arasında ÇUÖ/SG puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p<0.001$ ); İnfertil grubun ÇUÖ/SG puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertil grubun Çift Uyum Ölçeği Toplam (ÇUÖ/T) puan ortalaması  $115.61 \pm 18.13$ , kontrol grubunun ÇUÖ/T puan ortalaması  $102.44 \pm 23.60$  olarak bulundu. Gruplar arasında ÇUÖ/T puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p=0.001$ ); İnfertil grubun ÇUÖ/T puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı.

Tablo 5: İki gruptaki olguların Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Eysenck Kişilik Anketi (EKA) ve Çift Uyum Ölçeği verilerinin karşılaştırılması.

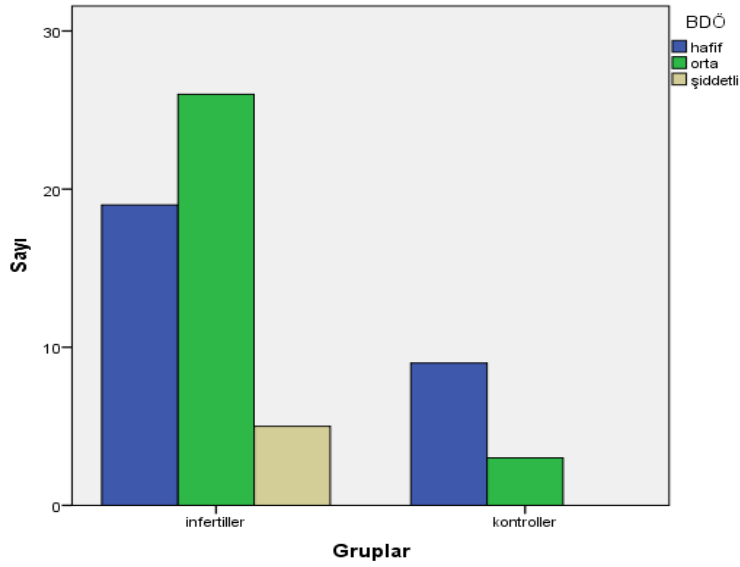
Gruplar	Mean (Ortalama)		Mean Rank		P değeri
	İnfertililer	Kontroller	İnfertililer	Kontroller	
Beck Anksiyete Ölçeği	14.24±10.84	6.13±4.32	78.22	49.43	<b>&lt;0,001</b>
Beck Depresyon Ölçeği	15.51±8.46	6.59±4.85	83.48	43.66	<b>&lt;0,001</b>
EKA: Nörotizm	3.61±1.93	2.49±1.80	74.37	53.66	<b>0,001</b>
EKA: Dışa-dönüklük	3.42±1.98	3.30±1.93	65.74	63.14	0.689
EKA: Psicotizm	1.07±1.05	1.34±1.06	59.69	69.78	0.109
EKA: Yalan	5.07±1.13	4.20±1.90	71.43	56.89	<b>0.020</b>
Çift doyumu	39.90±6.89	34.28±8.52	76.59	51.22	<b>&lt;0,001</b>
Çiftlerin bağlılığı	13.67±4.30	12.59±4.53	68.32	60.30	0.220
Çift uyumu	52.10±9.42	47.02±11.36	73.05	55.11	<b>0.006</b>
Sevgi gösterme	9.79±1.88	8.23±2.44	75.78	52.11	<b>&lt;0,001</b>
Çift uyum ölçeği toplam	115.61±18.13	102.44±23.60	74.95	53.02	<b>0.001</b>

İnfertilite grubunda anksiyetesi olanlar infertililerin %65.7'sini (n:44), kontrollerin %32.8'ini (n:20) oluşturmaktadır. İnfertilite grubunda anksiyetesi olanların %36.4'ü (n:16) hafif, %38.6'sı (n:17) orta, %25'i (n:11) şiddetli anksiyeteye; kontrol grubunda ise %95'i (n:19) hafif, %5'i (1) orta anksiyeteye sahipti (**Grafik 2**). Kontrol grubunda şiddetli anksiyetesi olan birey yoktu.



Grafik-2: İnfertil ve kontrol gruplarının anksiyete şiddetine göre karşılaştırılması

İnfertilite grubunda depresyonu olanlar infertililerin %74.6'sını (n:50), kontrollerin %19.7'sini (n:12) oluşturmaktadır. İnfertilite grubunda depresyonu olanların %38'i (n:19) hafif, %52'si (n:26) orta, %10'u (n:5) şiddetli depresyona; kontrol grubunda ise %75'i (n:9) hafif, %25'i (3) orta depresyona sahipti (**Grafik 3**). Kontrol grubunda şiddetli depresyonu olan birey yoktu.



Grafik-3: İnfertil ve kontrol gruplarının depresyon şiddetine göre karşılaştırılması

Sosyodemografik özelliklerin infertil ve kontrol gruplarından elde edilen BAÖ, BDÖ, EKA ve ÇUÖ puan ortalamaları üzerine olan etkisi tablo 6a'da ve 6b'de özetlenmiştir. Çalışmadaki kişileri 18-25y (n:41), 26-35y (n:61), 36-45y (n:36) olmak üzere üç yaş grubuna ayırdık. Bu üçyaş grubunun Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İnfertil grubu ve kontrol grubunu eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu ve en az lise mezunu olarak iki gruba ayırdık. Elde edilen yeni eğitim gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri karşılaştırıldığında sadece infertil grupta dışa-dönüklük alt ölçeğinde ilköğretim ve en az lise mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p=0.024<0.05$ ). İnfertil grupta en az lise mezunu olanların dışa-dönüklük puanları daha yüksek saptandı. Çalışmaya aldığımız kişilerin doğum yerine baktığımızda; doğum yeri kırsalda ve şehirde olanların Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Yaşadığı yere göre kişileri kırsalda ve şehirde yaşayanlar olarak iki gruba ayırdık. Bu iki grubu kıyasladığımızda infertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda Beck Anksiyete Ölçeği puanı kırsalda daha yüksek bulundu ( $p=0.003$ ). Çekirdek ve geniş aile biçimine sahip bireyleri kıyasladığımızda infertillerde sadece Beck Depresyon Ölçeği geniş aile yapısında daha yüksek saptandı ( $p=0.031<0.05$ ); diğer testlerde anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Kontrollerde Beck Depresyon Ölçeği ve psikotizm geniş aile yapısında daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Dışa-dönüklük, yalan, çift doyumu ve çift uyumu çekirdek aile yapısında daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Mesleğine göre kişileri daha kolay değerlendirebilmek için çalışmayan (n:103), çalışan (n:25) olarak iki gruba ayırdık. Her iki grubu Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Kişileri aylık gelir durumu 0-1000TL (n:48), 1000-3000TL (n:67) ve 3000TL (n:13) üstü olarak üç gruba ayırdık. Her üç grubu Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Çalışmamızda evlilik biçimini sorduğumuzda infertil grupta tanışarak

evlenenlerde çift doyumu, çift uyumu ve sevgi gösterme görücü usulünden daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda tanışarak evlenenlerde çiftlerin bağlılığı, çift uyumu ve sevgi gösterme görücü usulünden daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Evlilik süresi en fazla beş yıl olanlar ( $n:69$ ) ile en az beş yıldır evli olanları ( $n:59$ ) kıyasladığımızda Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İnfertil kişileri 1-2 yıldır infertil ( $n:29$ ), 3-5 yıldır infertil ( $n:17$ ), 6-10 yıldır infertil ( $n:17$ ) ve en az 11 yıldır infertil ( $n:4$ ) olmak üzere dört gruba ayırdık. Bu dört grubu Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İnfertil kişileri infertilite sebebine göre primer infertil ( $n:55$ ) ve sekonder infertil ( $n:12$ ) olarak iki gruba ayırdık. Bu iki grubu Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İnfertilite kaynağına göre kişileri kadın kaynaklı ( $n:22$ ), erkek kaynaklı ( $n:9$ ) ve her iki eş kaynaklı ( $n:8$ ) olmak üzere üç gruba ayırdık. Her üç grupta Beck Depresyon Ölçeği ( $p=0.032$ ) ve çiftlerin bağlılığı ölçeği ( $p=0.046$ ) puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Bu farka baktığımızda çift bağlılığı puanının erkek kaynaklı grupta diğer iki gruba göre daha düşük ( $p<0.05$ ); Beck Depresyon Ölçeği puanının erkek kaynaklı grupta her iki eş kaynaklı gruba göre daha yüksek olduğu bulundu ( $p=0.004$ ). Beck Anksiyete ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeğinin diğer alt ölçeklerinin verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

İnfertilite tedavi yöntemlerine baktığımızda tedavi başlanmayan ( $n:29$ ), sadece aşılama uygulanan ( $n:24$ ), aşılama ve tüp bebek uygulanan ( $n:12$ ), sadece tüp bebek ( $n:2$ ) uygulanan grupları Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri açısından incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Tablo 6 a: Ortak sosyodemografik özelliklerin infertil ve kontrol gruplarından elde edilen Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları üzerine olan etkisi

<b>Degerlendirme ölçütleri</b>	<b>İnfertil grup p değeri</b>	<b>Kontrol grubu p değeri</b>
Yaş grupları: 1. 18-25y (n:41) 2. 26-35y (n:61) 3. 36-45y (n:36)	p>0.05	p>0.05
Eğitim durumu: 1. İlköğretim mezunu 2. En az lise mezunu	Dışa-dönüklük <b>p=0.024&lt;0.05 (2&gt;1)</b>	p>0.05
Doğum yeri: 1. Kırsal 2. Şehir	p>0.05	p>0.05
Yaşadığı yer: 1. Kırsal 2. Şehir	p>0.05	BAÖ <b>p=0.003&lt;0.05 (1&gt;2)</b>
Aile biçimi: 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile	BDÖ <b>p=0.031&lt;0.05 (2&gt;1)</b>	BDÖ ve psikotizm <b>p&lt;0.05(2/1)</b> Dışa-dönüklük, yalan, çift doyumu ve çift uyumu <b>p&lt;0.05 (1&gt;2)</b>
Çalışma durumu: 1. Çalışmayan (n:103) 2. Çalışan (n:25)	p>0.05	p>0.05
Aylık gelir durumu: 1. 0-1000TL (n:48) 2. 1000-3000TL (n:67) 3. 3000TL (n:13) üstü	p>0.05	p>0.05
Evlilik biçimi: 1. Tanışarak 2. Görücü usulü	Çift doyumu, çift uyumu ve sevgi gösterme <b>p&lt;0.05 (1&gt;2)</b>	Çiftlerin bağlılığı, çift uyumu ve sevgi gösterme <b>p&lt;0.05 (1&gt;2)</b>
Evlilik süresi: 1. En fazla beş yıl (n:69) 2. En az beş yıl (n:59)	p>0.05	p>0.05

Tablo 6 b: İnfertiliteye özgü sosyodemografik özelliklerden karşılaştırılabilir verilerin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları üzerine olan etkisi

İnfertilite süresi: 1. 2 yıldır infertil (n:29) 2. 3-5 yıldır infertil (n:17) 3. 6-10 yıldır infertil (n:17) 4. En az 11 yıldır infertil (n:4)	p>0.05
İnfertilite sebebi: 1. Primer infertil (n:55) 2. Sekonder infertil (n:12)	p>0.05
İnfertilite kaynağı 1. Kadın kaynaklı (n:22) 2. Erkek kaynaklı (n:9) 3. Her iki eş kaynaklı (n:8)	BDÖ (p=0.032; 2>1,3) ve çiftlerin bağlılığı (p=0.046; 2<1,3) <b>p&lt;0.05</b>
İnfertilite tedavi yöntemleri: 1. Tedavi başlanmayan (n:29) 2. Sadece aşılama (n:24) 3. Aşılama ve tüp bebek (n:12) 4. Sadece tüp bebek (n:2)	p>0.05
İnfertiliteye eşin tutumu? 1. Değişiklik yok (n:48) 2. Olumlu (n:13) 3. Olumsuz (n:6)	p>0.05
İnfertiliteye çevrenin tutumu? 1. Değişiklik yok (n:7) 2. Anlayışlı ve destekleyici (n:46) 3. Eleştirel ve küçümseyici (n:14)	p>0.05

İnfertil ve kontrol gruplarının BAÖ, BDÖ, EKA ve ÇUÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon (r) tablo 7’de özetlenmiştir. İnfertil grupta, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0.414; p=0.001<0.05). Kontrol grubunda ise orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0.613; p=0.001<0.05). İnfertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği ve Nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0.332; p=0.006<0.05). Kontrol grubunda ise anlamlı ilişki bulunmamaktadır (r=0.141; p=0.279>0.05). İnfertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği ve Dışa-Dönüklük arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0.461; p=0.001<0.05). Kontrol grubunda ise anlamlı ilişki bulunmamaktadır (r=0.151; p=0.244>0.05). İnfertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği ve Psikotizm arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0.254;

$p=0.038<0.05$ ). Kontrol grubunda ise anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.132$ ;  $p=0.309>0.05$ ). İnfertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.278$ ;  $p=0.023<0.05$ ). Kontrol grubunda da zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.350$ ;  $p=0.006<0.05$ ). İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği ve Nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.325$ ;  $p=0.007<0.05$ ). Kontrol grubunda ise anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.240$ ;  $p=0.62>0.05$ ). İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği ve Dışa-Dönüklük arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.368$ ;  $p=0.002<0.05$ ). Kontrol grubunda da zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.285$ ;  $p=0.026<0.05$ ). İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği ve Psicotizm arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.202$ ;  $p=0.102>0.05$ ). Kontrol grubunda da anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.196$ ;  $p=0.130>0.05$ ). İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.357$ ;  $p=0.003<0.05$ ). Kontrol grubunda da zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.328$ ;  $p=0.010<0.05$ ). İnfertil grupta Nörotizm ve Dışa-Dönüklük arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.451$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Kontrol grubunda da zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.370$ ;  $p=0.003<0.05$ ). İnfertil grupta Nörotizm ve Psicotizm arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.143$ ;  $p=0.247>0.05$ ). Kontrol grubunda da anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.037$ ;  $p=0.777>0.05$ ). İnfertil grupta Nörotizm ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.381$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Kontrol grubunda da zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.392$ ;  $p=0.002<0.05$ ). İnfertil grupta Dışa-Dönüklük ve Psicotizm arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.090$ ;  $p=0.469>0.05$ ). Kontrol grubunda da anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.148$ ;  $p=0.255>0.05$ ). İnfertil grupta Dışa-Dönüklük ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.234$ ;  $p=0.057>0.05$ ). Kontrol grubunda ise zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.365$ ;  $p=0.004<0.05$ ). İnfertil grupta Psicotizm ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $r=0.009$ ;  $p=0.941>0.05$ ). Kontrol grubunda ise zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.351$ ;  $p=0.005<0.05$ ).



Tablo 7: İnfertil ve kontrol gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon (r)

Ölçekler	Gruplar	
	İnfertil (r1)	Kontrol (r2)
BAÖ-BDÖ	<b>r1=+0.414; p=0.001</b>	<b>r2=+0.613; p=0.001</b>
BAÖ-Nörotizm	<b>r1=+0.332; p=0.006</b>	r2=0.141; p=0.279
BAÖ-Dışadönüklük	<b>r1=-0.461; p=0.001</b>	r2=0.151; p=0.244
BAÖ-Psikotizm	<b>r1=-0.254; p=0.038</b>	r2=0.132; p=0.309
BAÖ-ÇUÖ	<b>r1=-0.278; p=0.023</b>	<b>r2=-0.350; p=0.006</b>
BDÖ-Nörotizm	<b>r1=+0.325; p=0.007</b>	r2=0.240; p=0.62
BDÖ-Dışadönüklük	<b>r1=-0.368; p=0.002</b>	<b>r2=-0.285; p=0.026</b>
BDÖ-Psikotizm	r1=0.202; p=0.102	r2=0.196; p=0.130
BDÖ-ÇUÖ	<b>r1=-0.357; p=0.003</b>	<b>r2=-0.328; p=0.010</b>
Nörotizm-Dışadönüklük	<b>r1=-0.451; p=0.001</b>	<b>r2=-0.370; p=0.003</b>
Nörotizm-Psikotizm	r1=0.143; p=0.247	r2=0.037; p=0.777
Nörotizm-ÇUÖ	<b>r1=-0.381; p=0.001</b>	<b>r2=-0.392; p=0.002</b>
Dışadönüklük-Psikotizm	r1=0.090; p=0.469	r2=0.148; p=0.255
Dışadönüklük-ÇUÖ	r1=0.234; p=0.057	<b>r2=0.365; p=0.004</b>
Psikotizm-ÇUÖ	r1=0.009; p=0.941	<b>r2=0.351; p=0.005</b>

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda primer infertilitesi olup infertilite tedavisi planlanan veya başlanan kadınların kişilik ve sosyodemografik özelliklerini incelemeyi; kişilik özelliklerinin infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon gelişimi üzerine olan etkilerini araştırmayı ve elde edilen sonuçları kontrol grubu (fertil kadınlar) ile karşılaştırmayı amaçladık.

Çalışmamız Ocak 2015-Agustos 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran 18-45 yaş arası 67 infertil kadın ile Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 18-45 yaş arası 61 fertil kadın olmak üzere toplam 128 kişi ile yapılmıştır.

İnfertilite 1980'li yıllardan itibaren tıbbi bir sorun olarak tedavi edilmeye başlanmıştır. Teknoloji ve tıpta yeniliklerle beraber sağlık profesyonellerinin infertilite vakasına tanı koyma ve onları tedavi etme yetenekleri gelişmiştir. Zamanla infertilite tanı ve tedavi süreçlerinin, birçok vakada psikososyal sıkıntıyı (distres) tetikleyebileceği varsayımı güçlenirken hastaların ruhsal durumuna verilen önem tıbbi tedavinin gölgesinde kalmıştır [8]. Bin dokuz yüz ellili (1950) yıllardan itibaren infertilite ve psikososyal faktörler arasındaki ilişki araştırma konusu olmuştur[115]. Son 30 yılda infertilite tanı ve tedavisindeki gelişmeler ve infertilite sıklığındaki artışla beraber bu ilişki daha da önem kazanmıştır [8].

İnfertil çiftlerde biyolojik, psikolojik, psikososyal ve kültürel olarak önemli sorunlara yol açan infertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç-dört kez cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebelik oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumudur [72, 74, 116, 117]. Yapılan araştırmalara göre evli çiftlerin %15'i istemelerine rağmen çocuk sahibi olamamaktadırlar [40, 118]. Ülkemizde çiftlerin yaklaşık %25'i bir yıl içerisinde gebe kalamamaktadır, bunların da %15'i infertilite için tedavi arayışında olup, %5'i istemelerine rağmen çocuk sahibi olamamaktadır [119]. Evli bir çift, istediği halde çocuk sahibi olmadığında, yaşamında "aile olma" hedefini tam anlamıyla gerçekleştirememiş olur. Bu durum eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir yaşam krizi ve sağlık problemi olarak kendisini gösterir [120].

İnfertilitenin tanı ve tedavi sürecinde pek çok çift şok, inkar, öfke, yas, suçluluk, engellenme, depresyon, haset ve kıskançlık gibi bir dizi duygu yaşamaktadır [33, 121]. Bunların yanı sıra infertilitenin diğer önemli sonuçlarından biri, kişinin hayatı üzerindeki

kontrolü kaybettiği duygusudur. Birçok çift için, infertilite günlük işlerin ve konuşmaların odağı haline gelir ve sıklıkla yaşamın önemli diğer yanları dışarıda bırakılır. İnfertil çiftlerin verdiği psikolojik yanıtlar heterojenite sergilemekte ve infertilite değerlendirmesinde hangi aşamada bulunduğu, yaş, kişilik özellikleri, gelir düzeyi, tedavi masrafları, uygulanan tanı koyucu test ve tedavi sayısı, çocuk sahibi olmaya atfedilen anlam ve sosyal destek algıları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir [121, 122].

Her ne kadar infertilite sadece yaş ile ilgili bir durum olmasa da, yaş ve infertilite arasındaki ilişki belirgindir. Örneğin ABD'deki evli kadınlar arasında infertilite, 15- 29 yaş arası kadınlarda yaklaşık olarak %11, 30-34 yaş arası kadınlarda % 17, 35-39 yaş arası kadınlarda % 23 ve 40- 44 yaş arası kadınlarda % 27 sıklıkta görülmektedir (8). Çalışmamıza katılan infertil kişilerin %32.8'i (n:22) 18-25 yaş; %50.7'si (n:34) 26-35 yaş; %16.4'ü (n:11) 36-25 yaş aralığındaydı. Kontrol grubundaki kişilerin %31.1'i (n:19) 18-25 yaş; %44.3'ü (n:27) 26-35 yaş; %24.6'sı (n:15) 36-45 yaş aralığındaydı. Yaş gruplarına göre bakıldığında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Bulgularımız, yaş ile anksiyete ve depresyon puanları arasında bir ilişki saptamayan, Domar'ın (1992) çalışmasını desteklemektedir [123]. Yaşın ilerlemesi ile birlikte umutların azalmasının, depresyon ve anksiyete bulgularında artışa yolaçabileceği düşünülse de zamanla kişilerin mevcut durumu kabullenmesi ve sürece uyum göstermesi sonucu bu semptomların erken dönemlere göre daha düşük seviyelerde gözlenmesi de beklenebilir. Ancak hem bizim çalışmamız hem de literatür bu önermeleri doğrulamamakta; depresyon ve kaygı düzeyinin yaştan etkilenmediğini ortaya koymaktadır [124, 125].

Eğitim durumuna baktığımızda infertil grubun %4.5'i (n:3) sadece okur-yazardı; %34.3'ü ilkokul (n:23), %26.9'u (n:18) ortaokul, %17.9'u (n:12) lise, %16.4'ü (n:11) lisansüstü mezunuydu. Grupları en az lise ve üzeri eğitilmiş olanlar ve daha düşük eğitilmiş olanlar diye ikiye ayırdığımızda; İnfertil grubun %65.7'si ilköğretim düzeyi eğitilmiş iken, %34.3'ü en az lise mezunuydu. Elde edilen yeni eğitim gruplarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verileri karşılaştırıldığında sadece infertil grupta EKA/dışa-dönüklük alt ölçeğinde ilköğretim ve en az lise mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p=0.024<0.05$ ). İnfertil grupta en az lise mezunu olanların dışa-dönüklük puanları ilköğretim mezunlarından daha yüksek saptandı. Bulgularımız, infertil bireylerde depresyonu ve

anksiyeteyi; düşük eğitim düzeyleri ile ilişkili bulan çalışmaları desteklememektedir [126, 127].

Çalışmamıza katılan infertillerin %38.8'i (n:26) kırsal, %61.2'si (n:41) şehir doğumluydu. %19.4'ü (n:13) kırsalda, %80.6'sı (n:54) şehirde yaşamaktaydı. Çalışmamızda infertillerde kırsalda ya da şehirde doğmanın; kırsalda ya da şehirde yaşamının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği üzerinde bir etkisi olmadığı görüldü. Çalışmamızda yaşanan yerin depresyon seviyesi üzerinde etkili olmadığı sonucu çıkarken, bu veri Downey'in, büyükşehirde yaşayanlarda depresyon puanlarını şehirlerde veya kırsalda yaşayanlara göre daha yüksek bulduğu çalışmasıyla çelişmiştir [128].

Çalışmamızda infertil grubun %67.2 'si (n:45) çekirdek, %32.8'i (n:22) geniş aile yapısındaydı. İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği geniş aile yapısına sahip bireylerde daha yüksek saptandı ( $p=0.031<0.05$ ). Çoğunluğu doğu ülkelerinden olmak üzere birçok çalışma, yakınların ve ailelerin infertil çiftlere tepkilerinin, özellikle kadınların depresif semptomlar geliştirmesinde çok etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum bizim çalışmamız için de geçerlidir. Gülseren ve arkadaşları kocaları ve kocalarının aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamışlardır [129]. Geniş aile ile yaşıyor olmak, bireyler için daha fazla sorumluluk, kendi yaşamı üzerindeki kontrolünün azalması anlamına geliyor olabilir. Bireyler tarafından yıpratıcı olarak değerlendirilen tanı ve tedavi süreçlerinin geniş aile yapısında gizli kalmaması, bu yaşantıların tekrar tekrar dile getirilmesi depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Böyle bir ortamda bireylerin daha depresif olmaları ve benlik saygılarının daha düşük olması, sınırlı ve kalabalık ev ortamında meraklı ve imalı bakışlar arasında çiftlerin birbirleriyle iletişimlerinin daha az olması ve kaçınmalarının daha fazla olması anlaşılabilir bir durumdur.

Çalışmamızda infertil grubun %13.4'ü (n:9) çalışan, %86.6'sı (n:58) çalışmayan kişilerden oluşmaktaydı. İnfertil grubun aylık gelir durumuna baktığımızda %37.3'ü (n:25) 0-1000TL, %56.7'si (n:38) 1000-3000TL, %6'sı (n:4) 3000TL ve üstü gelir grubunda bulunmaktaydı. Düşük gelire sahip infertil bireylerin daha az tedavi aldıklarını ve araştırmalarda daha az yer aldıklarını söyleyen çalışmaların aksine bizim çalışmamızdaki bireyler düşük, orta gelir düzeyine sahiptir. Çalışmamızda infertil kişilerin %11.9'u (n:8) kendisi, %46.3'ü (n:31) sosyal güvencesi, %40.3'ü (n:27) kendisi ve sosyal güvencesi, %1.5'i (n:1) yakınları tedavi masraflarını karşılamaktaydı. Belki de ülkemizde değişen

sosyoekonomik koşullar, sağlık politikaları ve sosyal güvenlik uygulamaları dolayısıyla bir ileri basamak tedavi hizmeti olan infertilite tedavisine ulaşabilen hastaların sosyodemografik özellikleri değişmektedir. Ayrıca yine infertilitenin daha çok konuşulan, medyada tartışılan bir duruma dönüşmesi kişilerin duyarlılığını, farkındalığını arttırmış ve tedavi isteğini etkilemiş olabilir. İnfertiliteyi çalışma ve gelir durumuna göre değerlendirdiğimizde Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Literatüre baktığımızda, Bodur ve ark. [130] tarafından yapılan çalışmada, çalışan kadınlarda ve gelir durumu arttıkça evlilik uyumunun arttığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada çalışan ve gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda evlilik uyumunun arttığı, depresyon ve infertilite ile ilişkili sosyal stresin azaldığı bildirilmektedir [131]. Diğer taraftan Güleç ve ark. [89] tarafından yapılan çalışmada anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda infertililerin %73.1'i (n:49) görücü usulü ile, %26.9'u (n:18) tanışarak evlenmişti. İnfertil grupta tanışarak evlenenlerde çift doyumunu, çift uyumu ve sevgi gösterme görücü usulündekinden daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Görücü usulü evlenenlerde Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçekleri puanları tanışarak evlenenlerden daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). İlerde çalışmadaki katılımcı sayısı arttırıldığında bu fark anlamlı hale gelebilir.

İnfertililerin %49,3'ünün (n:33) evlilik süresi 5 yıl ve daha az iken, %50.7'sinin (n:34) evlilik süresi 5 yıldan fazlaydı. Çalışmamızda evlilik süresine göre infertililerde Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç, 2010 yılında yapılan, 11 yıl ve üzerinde evli olan çiftlerde sürekli kaygı seviyesini daha kısa süredir evli olan çiftlerdekine oranla daha düşük bulan çalışmanın sonucu ile uyumsuzdur [132].

Çalışmamızdaki infertililerin %43.3'ü (n:29) 1-2 yıl, %25.4'ü (n:17) 3-5 yıl, %25.4'ü (n:17) 6-10 yıl ve %6'sı (n:4) en az 11 yıldır infertilidir. İnfertilite süresine göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verilerini incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Literatürde infertilite ile ilgili çalışmalar çelişkilidir. ABD, İran ve Çin'de yapılan birçok çalışmada uzamış infertilite süresi ve başarısız pahalı tedavi denemeleri ile depresyon-anksiyete şiddeti ilişkili bulunmuştur. Başka bir çalışmada tedavi süresinden çok infertilite süresi depresyonla ilişkili bulunmuştur [126, 133]. İngiltere,

Almanya, Japonya’da yapılan bazı araştırmalarda ise; infertilite süresi, tedavi süresi ve IVF deneme sayısı psikopatoloji ile ilişkisiz bulunmuştur [134-137]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise infertilite süresi uzadıkça ve yaş arttıkça; depresyon ve anksiyete belirtilerinde iyileşme saptanmıştır [138].

Çalışmamızdaki infertillerin %82.1’i (n:55) primer ve %17.9’u (n:12) sekonder infertildi. Yayınların çoğunda primer infertil vakalarının sekonder infertil vakalara göre daha fazla psikolojik sorunlar yaşadığı bildirilmektedir [80]. Ancak bizim bulgularımız bu çalışma sonuçlarıyla örtüşmemektedir. Verilerimiz primer/ sekonder infertilitede depresyon puanları açısından fark bulmayan çalışmaları destekler niteliktedir [128].

İnfertillerin %41.8’inin (n:28) infertilite kaynağı bilinmemekteydi. İnfertilite kaynağı bilinenlerin %32.8’i (n:22) kadın kaynaklı, %13.4’ü (n:9) erkek kaynaklı, %11.9’u (n:8) her iki eş kaynaklıydı. Literatürde infertil çiftlerde sorun kadın kaynaklı veya hem erkek hem kadın kaynaklıyken; kadınların depresyon şiddetleri erkeklerden daha fazla bulunmuştur; erkeklerde infertilite nedeni erkek kaynaklıyken bile depresyon şiddeti daha düşük bulunmuştur [1, 139, 140]. Bizim çalışmamızda ise infertil kadınların eşleri çalışmaya dahil edilmediğinden infertilite kaynağı ve depresyon açısından değerlendirme yapılamamıştır. Çalışmamızda sadece Beck Depresyon Ölçeği puanı infertilitesi erkek kaynaklı olan kadınlarda her iki eş kaynaklı kadınlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (p=0.004). Toplumda kadın olma ve anne olmanın neredeyse birbiriyle eş anlamlı kabul edilmesi, anne olamayan kadınların kendini yetersiz görmesi, infertilite kaynağı erkek olsa bile kadınların bu durumdan daha çok etkilenmesi depresyon gelişimini kolaylaştırıyor olabilir.

Çalışmaya aldığımız infertillerin %43.3’ü (n:29) tedavi almamakta; %35.8’i (n:24) sadece aşılama, %17.9’u (n:12) aşılama ve tüp bebek, %3’ü (n:2) sadece tüp bebek yöntemini kullanmaktadır. Çalışmadaki infertillerin %14.9’u (n:10) evlat edinmeyi düşünüyor iken, %50.7’si (n:34) evlat edinmeyi düşünmemekte, %34.3’ü (n:23) kararsız kalmaktadır. İnfertilite sonrası evlat edinen ailelerde, aradan uzun zaman geçmesine karşın kadınların erkeklere oranla durumlarına ilişkin duygu ve çelişkilerini henüz çözümleyemedikleri, hayal kırıklığının sürdüğü ve evlat edinilen çocuğu üreme yetersizliklerinin bir sembolü olarak gördükleri belirtilmektedir [141].

Çalışmadaki infertillerin %52.2’sinin (n:35) infertilite tedavisi ile ilgili yeterli bilgisi vardı, %41.8’inin (n:28) bilgisi yetersizdi, %6’sının (n:4) bilgisi yoktu. Tedavi sürecine başlamadan önce kişileri; ne olup bittiği, onları hangi aşamada nelerin beklediği

ve hatta sonucun istenildiği gibi olmayabileceği konusunda bilgilendirmek sürecin daha sağlıklı ilerlemesine katkı sağlayabilir. Terzioğlu ve arkadaşlarının “danışma hizmeti modeli”nin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmanın; azalmış anksiyete ve depresyon ile artmış yaşam memnuniyeti ve gebelik oranları açısından sonuçları, bilgilendirme ve temas halinde olmanın önemini ortaya koymaktadır [92].

Kadının infertiliteye yüklediği anlam; psikolojik tatminsizlik (analık içgüdüsünün karşılanamaması), bedenin kontrolünü kaybetme, doğuramama (işlevsel eksiklik), kendini toplumdan soyutlanmış hissetme, duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kalma, sosyal güvence azlığı (yaşlanınca bakacak kimsenin olmaması), toplumun kadına biçtiği sosyal rolü üstlenememe (anne, hamile, lohusa, kayınvalide), benlik değerinde düşmedir [43, 142, 143]. Çalışmamızda “İnfertiliteye yüklenen anlamı” sorduğumuzda ise infertililerin %10.4’ünde (n:7) psikolojik tatminsizlik, %25.4’ünde (n:17) doğuramama, %4.5’inde (n:3) soyutlanmış hissetme, %41.8’inde (n:28) evlat desteğinden mahrum kalma, %6’sında (n:4) sosyal güvence azlığı, %6’sında (n:4) sosyal rolü üstlenememe, %6’sında (n:4) benlik değerinde düşme tespit edildi.

“İnfertiliteye eşin tutumunu” sorduğumuzda %71.6’sında (n:48) değişiklik yok, %19.4’ünde (n:13) olumlu yönde, %9’unda (n:6) olumsuz yönde değişiklik vardı. “İnfertiliteye çevrenin tutumunu” sorduğumuzda %10.4’ünde (n:7) değişiklik yok, %68.7’sinde (n:46) anlayışlı ve destekleyici, %20.9’unda (n:14) eleştirel ve küçümseyici olarak bulundu. Sosyal destek özellikle kadınlar için çok önemlidir ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir [97, 144]. Toplumun olumsuz tutumu da aileler üzerinde manevi baskı oluşturmaktadır [75]. Bizim çalışmamızda ise eşin tutumunda büyük bir değişiklik olmamakla birlikte; çevrenin tutumunda olumlu bir değişiklik olduğu izlendi.

“Çocuğa yüklenen anlamı” sorduğumuzda %76.1’i (n:51) eşler arası sevgi ve mutluluk, %13.4’ü (n:9) analık içgüsünün tatmini, %1.5’i (n:1) evliliğin sürdürülmesi, %9’u (n:6) ebeveyn rolünün sağlanması olarak cevapladı. Bu konuda İsveç’te yapılan bir çalışmada, kadınların dile getirdiği en sık sebep; eşler arasında sevgi göstergesi olması iken, erkeklerin gösterdiği en sık sebepler; aileye yeni bir üyenin katılması ve çocuğun hayatın esas anlamı olması olarak saptanmıştır [145].

İnfertilite sürecinde “en sık yaşanan duygulara” baktığımızda infertililerin %64.2’sinde (43) birden fazla duygu, %20.9’unda (n:14) hüznün, %10.4’ünde (n:7) kabullenme, %1.5’inde (n:1) şaşkınlık, %1.5’inde (n:1) inkar, %1.5’inde (n:1) içe kapanma

şeklinde duygular saptandı. Literatüre baktığımızda, bizim çalışmamızla da uyumlu olarak İnfertilite tanısı alan bireylerde en sık yaşanan duygu hüznün olarak saptanmıştır [146].

“Çocuğunuzun olmaması nasıl etkiledi?” diye sorduğumuzda %70.1’i (n:47) çok üzülüyorum, %16.4’ü (n:11) çok mutsuzum, %1.5’i (n:1) boşanmaktan korkuyorum, %3’ü (n:2) eşimden ve ailesinde utanıyorum, %9’u (n:6) hiçbir şey değişmedi olarak yanıtladı. Keskin’in çalışmasında ise kadınların %58.2’si çok üzüldüğünü, %7.1’i boşanmaktan korktuğunu, %8.5’i eşinden ve ailesinden utandığını, %14.2’si çok mutsuz olduğunu, %12.1’i hiçbir şeyin değişmediğini belirtmiştir [147].

Çalışmamızdaki infertillerin %65.7’sinin (n:44) anksiyetesi vardı. Anksiyetesi olanların %36.4’ü (n:16) hafif, %38.6’sı (n:17) orta, %25’i (n:11) şiddetli anksiyeteye sahipti. Çalışmamızda infertil grubun Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. Yapılan pek çok çalışmada infertil kadınların anksiyete düzeyleri fertil kadınlardan, eşlerinden ve infertil erkeklerden daha yüksek bulunmuştur [135, 148, 149]. Özellikle infertilite tanısının ilk konulduğu dönemlerde, nedeni bilinmeyen infertilite durumunda, tedavinin başarısı konusunda ve infertilite süresi uzadıkça anksiyetelerinin arttığı bildirilmektedir [68-71].

Çalışmamızdaki infertillerin %74.6’sının (n:50) depresyonu vardı. Depresyonu olanların %38’i (n:19) hafif, %52’si (n:26) orta, %10’u (n:5) şiddetli depresyona sahipti. Çalışmamızda infertil grubun Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptandı. İnfertilite, çiftler için bir yaşam krizidir ve bu çözümlenmediği zaman depresyon ve yas görülür [64]. Depresyon infertilite ile ilişkili olarak ortaya çıkan yaygın bir tepkidir. İnfertilite yüzünden hayallerini gerçekleştirememe, çevrelerindeki insanların kendilerini anlamadığı duygusu ve çevrenin baskısı depresyona yol açabilmektedir [68, 76, 150, 151]. İnfertilite ve tedavi süresi uzadıkça depresyon düzeyleri yükselir ve ciddi derecede depresyon bulguları ortaya çıkar [152]. İnfertilite tedavisinde kullanılan hormon ilaçları da depresyona neden olabilir. Bu sebeplerden dolayı infertilitede depresyon, başa çıkılması gereken önemli bir sağlık sorunudur [70].

Çalışmamıza benzer şekilde dünyada ve Türkiye’de de yapılan birçok çalışmada da, infertil hastalarda en yüksek psikiyatrik hastalık prevalansı olarak anksiyete ve depresyon saptanmıştır [134, 147, 153].

Çalışmamızda infertil grubun çift doyumu, çift uyumu, sevgi gösterme ve çift uyumu toplam puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ). Çiftlerin bağlılığı puan ortalaması infertillerde daha yüksek olmasına



rağmen kontrol grubu ile arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Literatüre bakıldığında; infertilitenin eşlerarası uyum üzerindeki etkisini araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçların çelişkili olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda infertilitenin her iki cinsten de çatışmayı arttırdığı ve cinsel doyumu azalttığı bildirilirken [83, 85], bazılarında infertilitenin, çiftlerin evlilik ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yaptığı, çiftleri yakınlaştırdığı ve evliliği güçlendirdiği belirtilmektedir [85]. Bir diğer çalışmada ise infertil grup ve kontrol grubu arasında çift uyumu bakımından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır [154]. Bizim çalışmamızda ve bazı çalışmalarda infertil çift uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu durum incelendiğinde infertil bireylerde paylaşılan stres, yas ve hayal kırıklıkları çiftler arasındaki uyumu artırıyor ve evlilik ilişkisinin gelişimine katkıda bulunuyor olabilir. İnfertil bireylerde, infertile süresi ile uyumlu olarak sosyal izolasyon görülebilir. Yakın çevrelerinde çocuklu çiftlerin fazlaca olması, çevreyle ortak nokta ve ilgi alanlarının bulunamaması eşleri birbirine daha çok yakınlaştırabilir.

Çalışmamızda infertil grupta nörotizm ve yalan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kontrol grubundan daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ); dışa-dönüklük ve psikotizm oranları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). İnfertil çiftlerde psikiyatrik hastalığın ortaya çıkmasını etkileyen faktörler birçok çalışmanın konusu olmuştur. Bazı kişiler infertilite ile mücadele edebilirken bazıları, başa çıkma mekanizmalarında başarısız olabilmektedir. Bunu etkileyen faktörlerin başında kişilik örüntüsü gelmektedir [93]. Ancak kişilik özellikleri ile ilişkili çalışmalarda birbirinden değişik sonuçlara ve bazı farklılıklara varılsa da pek çoğunda infertil grup ile kontrol grubu arasında klinik olarak anlamlı fark bulunamamıştır [115]. Bazı çalışmalarda ise infertil kadın ve erkeklerin nevrotik olduğu ve kadın ve erkeğin psikolojik ve kişilik özelliklerinin önemli olduğu sonucuna varılıyordu [155]. Bizim çalışmamızda da infertil kadınlar kontrollere göre daha nevrotikti. Oğuz'un aktardığına göre, infertil kadınlarda mental durum fertil gruba göre daha az stabildir ve bu kişilik özellikleriyle bağlantılıdır. Hatta bazı ciddi kişilik patolojileri infertilite tedavisinin sonlandırılmasına dahi sebep olabilmektedir [15]. Gelişmiş ülkelerde infertilite tedavisi başlamadan önce ayrıntılı psikolojik hikaye alınması uygun görülmektedir. Bunun nedeni tedavi sürecinde oluşabilecek problemleri öngörerek önceden hazırlıklı olma, hatta ciddi kişilik patolojisi olan kişilerin tedaviye uyumu etkileneceğinden, pahalı ve uzun olan bu sürece hiç dahil etmemektir [16].

Çalışmamızda infertil kadınların kişilik özellikleri ile depresyon, anksiyete ve çift uyumu arasında bir ilişki olup olmadığına baktığımızda;

- İnfertil grupta Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yani nörotizm puanı arttıkça kişiler daha fazla anksiyetik ve daha fazla depresif olmaktadır.
- İnfertil grupta Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Dışa-Dönüklük arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Dışa-dönüklük puanı arttıkça kişiler daha az anksiyetik ve daha az depresif olmaktadır.
- İnfertil grupta Beck Anksiyete Ölçeği ve Psicotizm arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği ve Psicotizm arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Psicotizm puanı arttıkça kişiler daha az anksiyetik olmaktadır; depresif durum ise etkilenmemektedir.
- İnfertil grupta Nörotizm ve Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Dışa-Dönüklük ve Psicotizm ile Çift Uyum Ölçeği Toplam Skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Nörotizm puanı arttıkça kişilerin çift uyumu daha da azalmaktadır.

#### **Çalışmadaki Kısıtlılıklar**

Bu çalışma infertil kadınlarda kişilik özellikleri ile anksiyete, depresyon ve çift uyumu arasındaki ilişki hakkında değerli bilgiler vermektedir ancak sonuçlar değerlendirilirken çalışmanın bazı kısıtlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın ilk kısıtlılığı örneklem büyüklüğünün görece dar olmasıdır. Çalışma sonuçlarından genel çıkarımlar yaparken bu durum göz önüne alınmalıdır.

Yine çalışmaya alınan hastaların yaş gruplarının dağılımının farklı olması yaşı infertilite üzerine olan etkisini değerlendirmede bir sorun teşkil etmektedir. Çünkü literatürle kıyasladığımızda çalışmaya aldığımız hastalar daha çok genç-orta yaş grubunda bulunmaktadır. Literatürde ise infertililerin çoğu ileri yaş grubunda bulunmaktadır.

Çalışmanın bir başka kısıtlılığı çalışmaya sadece infertil kadınların dahil edilip eşlerinin dahil edilmemesidir. Böylece erkek kaynaklı faktörlerin infertilite üzerine olan etkisi bu çalışmada göz ardı edilmiştir. İleride bu çalışmaya eşlerde dahil edilip çalışmanın güvenilirliği artırılabilir.

Çalışmaya alınan kişilerin büyük çoğunluğunun şehirde yaşıyor olması, kırsal yaşamın infertiliteye etkisi hakkında yorum yapmamızı engellemektedir. Yine çalışmaya aldığımız kişilerin büyük çoğunluğunun gelir durumunun düşük-orta düzeyde olması; anksiyete, depresyon ve çift uyumu açısından tedavi süresi uzadıkça ve tedavi masrafları arttıkça ileriki yıllarda elde ettiğimiz sonuçların değişmesine neden olabilir.

Yine çalışmaya aldığımız kişilerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olması direkt olmasa da infertiliteyle başa çıkmada sorun yaratıp kişilerin anksiyete ve depresyon skorlarını etkileyebilir. Bu yüzden bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin oranı arttırılıp, ilerde tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

## SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılan infertil kişilerin %32.8'i (n:22) 18-25 yaş; %50.7'si (n:34) 26-35 yaş; %16.4'ü (n:11) 36-25 yaş aralığındaydı. Yaş gruplarına göre bakıldığında Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
2. İnfertil grubun %4.5'i (n:3) okur-yazar, %34.3'ü ilkokul (n:23), %26.9'u (n:18) ortaokul, %17.9'u (n:12) lise, %16.4'ü (n:11) lisansüstü eğitime sahipti. İnfertil grubun %65.7'si ilköğretim eğitimi iken, %34.3'ü en az lise mezunuydu. Kişilik özellikleri açısından infertil grupta en az lise mezunu olanların dışa-dönüklük puanları ilköğretim eğitimsizlerden daha yüksek saptandı. Eğitim düzeyi ile anksiyete, depresyon ve çift uyumu açısından gruplar arası anlamlı bir fark saptanmadı.
3. Çalışmamıza katılan infertilin %38.8'i (n:26) kırsal, %61.2'si (n:41) şehir doğumluydu; %19.4'ü (n:13) kırsalda, %80.6'sı (n:54) şehirde yaşamaktaydı. Çalışmamızda infertilin kırsalda ya da şehirde doğmanın; kırsalda ya da şehirde yaşamının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği üzerinde bir etkisi olmadığı görüldü.
4. Çalışmamızda infertil grubun %67.2 'si (n:45) çekirdek, %32.8'i (n:22) geniş aile yapısındaydı. İnfertil grupta Beck Depresyon Ölçeği geniş aile yapısına sahip bireylerde daha yüksek saptandı.
5. Çalışmamızda infertil grubun %13.4'ü (n:9) çalışan, %86.6'sı (n:58) çalışmayan kişilerden oluşmaktaydı. İnfertil grubun aylık gelir durumuna baktığımızda %37.3'ü (n:25) 0-1000TL, %56.7'si (n:38) 1000-3000TL, %6'sı (n:4) 3000TL ve üstü gelir grubunda bulunmaktaydı. Çalışmamızda infertil kişilerin %11.9'u (n:8) kendisi, %46.3'ü (n:31) sosyal güvencesi, %40.3'ü (n:27) kendisi ve sosyal güvencesi, %1.5'i (n:1) yakınları tedavi masraflarını karşılamaktaydı. Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyin infertil bireylerde depresyon, anksiyete gelişimini ve bireylerin çift uyumunu etkilemediği izlendi.
6. Çalışmamızda infertilin %73.1'i (n:49) görücü usulü ile, %26.9'u (n:18) tanışarak evlenmişti. İnfertil grupta tanışarak evlenenlerde çift doyumu, çift uyumu ve sevgi gösterme görücü usulünden daha yüksek saptandı. Görücü usulü evlenenlerin Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçekleri puanları tanışarak evlenenlerden daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi.

7. İnfertililerin %49.3'ünün (n:33) evlilik süresi 5 yıl ve daha az iken, %50.7'sinin (n:34) evlilik süresi 5 yıldan fazlaydı. Çalışmamızda evlilik süresinin anksiyete, depresyon ve çift uyumuna bir etkisinin olmadığı saptandı.
8. Çalışmamızdaki infertililerin %43.3'ü (n:29) 1-2 yıl, %25.4'ü (n:17) 3-5 yıl, %25.4'ü (n:17) 6-10 yıl ve %6'sı (n:4) en az 11 yıldır infertildi. İnfertilite süresine göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Çift Uyum Ölçeği verilerini incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
9. Çalışmamızdaki infertililerin %82.1'i (n:55) primer ve %17.9'u (n:12) sekonder infertildi. İnfertililerin büyük çoğunluğunu primer infertililer oluşturmaktaydı.
10. Çalışmamızdaki infertililerin %32.8'i (n:22) kadın kaynaklı, %13.4'ü (n:9) erkek kaynaklı, %11.9'u (n:8) her iki eş kaynaklıydı.%41.8'inin (n:28) kaynağı bilinmemekteydi.
11. Çalışmaya aldığımız infertililerin %43.3'ü (n:29) tedavi almamakta; %35.8'i (n:24) sadece aşılama, %17.9'u (n:12) aşılama ve tüp bebek, %3'ü (n:2) sadece tüp bebek yöntemini kullanmaktaydı.
12. Çalışmadaki infertililerin %14.9'u (n:10) evlat edinmeyi düşünüyor iken, %50.7'si (n:34) evlat edimeyi düşünmemekte, %34.3'ü (n:23) karasız kalmaktaydı.
13. Çalışmadaki infertililerin %52.2'sinin (n:35) infertilite tedavisi ile ilgili yeterli bilgisi vardı, %41.8'inin (n:28) bilgisi yetersizdi, %6'sının (n:4) bilgisi yoktu.
14. Çalışmaya aldığımız infertililerin bu durumlarını %10.4 (n:7) psikolojik tatminsizlik, %25.4 (n:17) doğuramama, %4.5 (n:3) soyutlanmış hissetme, %41.8 (n:28) evlat desteğinden mahrum kalma, %6 (n:4) sosyal güvence azlığı, %6 (n:4) sosyal rolü üstlenememe, %6 (n:4) benlik değerinde düşme olarak değerlendirdikleri tespit edildi.
15. Çalışmamızda infertililerin %71.6'sında (n:48) eşin tutumunda değişiklik yoktu, %19.4'ünde (n:13) olumlu yönde, %9'sında (n:6) olumsuz yönde değişiklik vardı.
16. Çalışmamızda infertililerin %10.4'ünde (n:7)çevrenin tutumunda değişiklik yoktu, %68.7'sinde (n:46) anlayışlı ve destekleyici, %20.9'unda (n:14) eleştirel ve küçümseyici tutum vardı.
17. Çalışmamızda infertililerin büyük çoğunluğunun (%76.1, n:51) çocuğa yüklediği anlam eşler arası sevgi ve mutluluktu.
18. Çalışmamızda infertilite sürecinde en sık yaşanan duygu hüzn'dü (%20.9, n:14).

19. Çalışmaya aldığımız infertillerin büyük çoğunluğu (%70.1, n:47) çocuğu olmamasından dolayı çok üzüntü duyuyordu.
20. Çalışmamızdaki infertillerin %65.7'sinin (n:44) anksiyetesi vardı. Anksiyetesi olanların %36.4'ü (n:16) hafif, %38.6'sı (n:17) orta, %25'i (n:11) şiddetli anksiyeteye sahipti.
21. Çalışmamızdaki infertillerin %74.6'sının (n:50) depresyonu vardı. Depresyonu olanların %38'i (n:19) hafif, %52'si (n:26) orta, %10'u (n:5) şiddetli depresyona sahipti.
22. Çalışmamızda infertil grubun çift doyumunu, çift uyumu, sevgi gösterme ve çift uyumu toplam puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ).
23. Çalışmamızda infertil grupta nörotizm puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kontrol grubundan daha yüksek saptandı ( $p<0.05$ ); dışa-dönüklük ve psikotizm oranları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Ayrıca İnfertil grupta Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Nörotizm arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Yani nörotizm puanı arttıkça kişiler daha fazla anksiyetik ve daha fazla depresif olmaktaydı.

Özet olarak bu çalışma infertillerin kişilik özellikleri ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızda infertil kadınlarda nevrotik kişilik özelliğiyle anksiyete ve depresyon skorları pozitif korelasyon göstermektedir. Kaygılı, endişeli, aksi ve çoğunlukla küskün bir kişi olarak tanımlanan nevrotik kişilerde infertilitenin saptanması var olan anksiyete ve depresyonu arttırabilir, tedavi sürecini zorlaştırabilir ve hatta tedavinin bırakılmasına neden olabilir. Ayrıca çalışmamızda infertillerin anksiyete ve depresyon skorları arttıkça dışa-dönüklüklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum infertil kişilerin sosyal izolasyonunu arttırmakta, çevre desteğini ve infertilite ile başa çıkma çabalarını olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak infertil bireylerde nevrotizm gibi patolojik kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavi sürecinde oluşacak problemlerin öngörülmesi ve başa çıkma mekanizmalarıyla ilgili olarak önemli ipuçları verecektir.

## KAYNAKLAR

1. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*; 1999: 72(1):54-62.
2. Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod*; 2001: 16(2):374-83.
3. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*; 2006: 85(1):139-43.
4. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2007: 8(2):140-8.
5. Schmidt L. Social and psychosocial consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities. *Hum Fertil*; 2009: 12(1):14-20.
6. 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*; 2001: 16(8):1753-61.
7. Shahid S. Depression in infertile couples. *J Coll Physicians Surg Pak*; 2009: 19(6):395-6.
8. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2007: 21(2):293-308.
9. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod*; 2009: 24(11):2810-20.
10. Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L, Sieber W. Prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*; 2001: 76(4):675-87.
11. Klonoff-Cohen H, Natarajan L. The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertil Steril*; 2004: 81(4):982-8.
12. Akyüz A, Sever N. Reasons for infertile couples to discontinue in vitro fertilisation (IVF) treatment. *J Reprod Infant Psychol*; 2009: 27(3):258-68.

13. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*. 2012, 2:80-85.
14. Teskereci G. İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerde Yaşam Tarzının, Yaşam Kalitesine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya; 2010.
15. Oğuz DH. İnfertilite tedavisi goren kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. İstanbul: Bakırkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınlanmamış 12. Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2004.
16. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11:112-21.
17. Başak E.B. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesinde Ocak 2005-Agustos 2006 Tarihleri Arasında Tedavi Gören Hastaların Klinik Gebeliği Üzerinde Bazı Parametrelerin Etkileri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri; 2007.
18. Hassa H. IVF Tarihçesi. İnfertil Olgulara Klinik Yaklaşım Ve IVF Laboratuvar Uygulamaları. Ed: Hassa H. Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Osmangazi Üniversitesi Basımevi, Eskişehir; 2003.
19. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2008.
20. Artar G. Tüp Bebek Başarısızlıklarında Klinik Etmenler. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2009.
21. Vayena E, Rowe P, Griffin P. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction held at WHO Headquarters In; 2002 17-21 September 2001; Geneva, Switzerland; 2002.
22. Koçyigit O.T. İnfertilite Ve Sosyokültürel Etkileri. *İnsanbil Derg.* 2012, 1:27-38.
23. Rutstein S, Shah I. Infecundity, infertility and childlessness in developing countries. *DHS Comparative Reports no:9*, 2004.



24. Kargin M. İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 2009.
25. Bayram G.O. İnfertilitenin Yaşam Kalitesi Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul; 2009.
26. Kırço T. İnfertilitenin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2009.
27. Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. J Turk Obstet Gynecol Soc. 2008, 2:105-10.
28. Kılıç M, Apay E. S, Beji N.K. İnfertilite Ve Kültür. İ.U.F.N. Hem. Derg. 2011, 2:109-115.
29. Aşçı Ö, Beji N.K. İnfertilite Danışmanlığı. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2012, 2:154-159.
30. Eren N. İnfertil Çiftlerde Algılanan Sosyal Desteğin İnfertilite İle İlişkili Stres Ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara; 2008.
31. Aktürk F.S. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Afyon; 2006.
32. Attar E, Ata B. İnfertilite. Gomel'in Jinekolojisi. Ed:Attar E. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.
33. Goldman MB, Missmer SA, Barbieri RL : Infertility : Woman and Health. Goldman M.B, Hatch MC (eds). Academic Press, California 2000, s. 196-215.
34. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol 2006; 33:44-46.
35. İlhan HA. Overyan rezervi değerlendirmede bazal over hacmi ve antral folikül sayısı-nın önemi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003.
36. Lebovic DI, Gordon JD, Taylor RN. Reproductive Endocrinology and Infertility: Handbook for Clinicians. Arlington, Scrob Hill Press, 2005.
37. Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme teknik-lerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloj Obst 2003; 13:466-475.
38. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2013, 2:162-178.

39. Algül T. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Merkezinde 1999-2008 Yılları Arasında İn Vitro Fertilizasyon/ İntrastoplazmik Sperm İnjeksiyonu Uygulanan Sikluslarda Mevsimsel Değişkenliğin Etkisinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara; 2010.
40. Yıldırım M., Klinik İnfertilite, Ankara: 2000: 31-39; 299-306.
41. Terzioğlu F., YÜTne Başvuran Çiftlerin Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi Ve Hemşirenin Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara; 1998.
42. Asena, A. Nms Kadın Hastalıkları Ve Doğum, İstanbul Nobel Kitabevi; 1998: 359-364.
43. Kavlak O., İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınlanmış Doktora Tezi: İzmir; 1999.
44. Günalp S., Erçakmak S., Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Tedavi, Ankara; 1998 :210- 215.
45. Şirin A., Tüp Bebek Uygulaması Ve Bu Uygulamadan Yararlanan Çiftlere Yaklaşım, İzmir; 2001.
46. Çolgar V. İn Vitro Fertilizasyon Ve Embriyo Transferi, Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi; 1998: 2: 73-81.
47. Akyüz, A. İvf Tedavisinin Sonucuna Adaptasyonda Hemşirelik, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara; 2001.
48. Atasü, T., Karacan, M., İn Vitro Fertilizasyon Mu, İntra Sitoplazmik Sperm İnjeksiyonu Mu?, Jinekoloji Ve Obstetri Dergisi; 1997: 11:68-73.
49. Jirka J., Schuettfoxall M. J., Lonelinnes And Social Support İn İnfertil Couples Jognn; 1996: 25(1)55-59.
50. Çiçek N. Temel Üreme Endokrinolojisi Ve İnfertilite. Ankara, Palme Yayınları, 2008.
51. Gürsoy R.H. ICSI Tüm Olgularda Uygulanmalı Mıdır?. II. Üreme Tıbbı Derneği Kongresi. Ankara, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın, 2008.

52. Gürkan T, Demirel A. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi. Reprodüktif Endokrinoloji Ve İnfertilite. Ed: Çolgar U. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006.
53. Eryılmaz H, Ekşi Z, Ertuğrul E. İnfertilite Tanı Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. İnfertilite Hemşireliği. Ed: Beji N.K. İstanbul, 2009.
54. Sadock BJ, Sadock VA : Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çev) 8. baskı. Güneş Kitabevi, Ankara 2007, s. 2293-2315.
55. Robinson GE, Stewart DE: the psychological impact of infetility and new reproductive technologies. Harv. Rev. Psychiatry 4:168-172, 1996.
56. Yumru A, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım Ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi (Approach To The Infertile Couple Nd Choice Of The Optimum Patient For In Vitro Fertilization). JAREM. 2011, 1: 57-60.
57. Beji N. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2001.
58. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med 2003; 57:2325-2341.
59. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psiki-yatri Dergisi 2004; 2:70-74.
60. Kraft AD, Palombo J, Mitchell D. The psychological dimensions of infertility. Am J Orthopsychiatry 1980; 50:618-628.
61. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry.9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
62. Raphael-Leff J. Psychotherapy during the reproductive years. In Oxford Textbook of Psychotherapy (Eds GO Gabbard, JS Beck, J Holmes):367-369. New York, Oxford University Press, 2005.
63. Ak, G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları Ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi İzmir; 2001.
64. Milliard S., Emotional Respons To İnfertility Understanding Patiens Need Aorn Journal; 1991: 54(2)301-303.
65. The American Fertility Coping With İnfertility A Guide For Patients; Alabama, 1992.

66. Turan C., Gökmen O., Doğan M., Keleşg., Uygun M., Çelikkanat H., Oral H., İcisi Ve İvf Gebeliklerinde Gebelik Kaybı Oranları, Jinekoloji Ve Obstetride Yeni Görüş Ve Gelişmeler; 1998: (10); 1: 62-64.
67. Mennig B.E., Psychosocial Impact Of İnfertility Nursing Clinics Of North America; 1982: 17(1):155-163.
68. Davis D. C., Dearman C. N., Coping Strategies Of İnfertil Women, Jognn ; 1991: 20(3):221-228.
69. Gorrie T.M. Mc Kinney E.S. Murray S.S., Foundations Of Maternal-Newborn Nursing Usa: Sekond Edition, Sounders Company; 1998: 903-924.
70. M.Isikoglu, Y.Senol, M.Berkkanoglu, K.Ozgun, L.Donmez and A.Stones- Abbasi, Public opinion regarding oocyte donation in Turkey: first data from a secular population among the Islamic world. Gynecology And Obstetric İntestigation; 2005: 43: 171-177.
71. Dalaner H., İnseminasyon Uygulanacak Kadına İnseminasyon Öncesi Ve Sonrası Durumluluk-Süreklilik Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir; 2000.
72. Scherrod R. A., Coping With İnfertility A Personal Perspective Turned Professional Mcn; 1998: 13: 191-194.
73. Pernol, M., Bernol, B. J., Obstetri Ve Jinekoloji El Kitabı, Çeviri Editörü Prof. Dr. Ali Ayhan Ankara Hacettepe Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı; 2002.
74. Şirin A., Tüp Bebek( İvf-Et) Uygulaması İçin Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Hemşirelerden Beklentileri Üzerine Bir İnceleme, İ.Ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi; 1998: 4,4: 27-34.
75. Tanır, Bozdemir, N., Tncer, A., (Eds). Ç.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum A.B.D., İnfertilite Polikliniğine Başvuran Kadınların Özellikleri, IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim; 1994: 57-60.
76. Türkoğlu D., Tamam L., Evlice Y.E, Kısırlığın Psikiyatrik Yönleri, Düşünen Adam; 1997: 104:48-54.
77. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. Fertil Steril; 1985; 43:335-346.
78. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler KN et al. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar,

- sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Turk Psikiyatri Derg 2007; 18:311-322.
79. Bayram G.O, Beji N.K. İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır?. Androloji Bülteni. 2011, 44:51-53.
  80. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A: First IVF treatment - short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. Human Reproduction; 2006; 21(12): 3295-3302.
  81. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M: Infertility treatment and marital relationships: a 1- year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Human Reproduction; 2007: 22(5): 1481-1491.
  82. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J: Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. Patient Education and Counseling; 2005: 59: 244-251.
  83. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ: Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertility and Sterility; 1992: 57(6): 1247-1253.
  84. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R: Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. Human Reproduction; 1998: 13(12): 3569-3574.
  85. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T: Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. Adult Urology; 2004: 63: 126-130.
  86. Lee TY, Sun GH: Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. Archives of Andrology; 2000: 45(3): 143-148.
  87. Spanier GB: Measuring dyadic adjustment: A new scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family; 1976: 38: 15-28.
  88. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A : Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertility and Sterility; 2002: 77(6): 1241-1247.
  89. Güleç G, Hassa H, Yalçın E.G, Yenilmez Ç. Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011, 3: 166-76.

90. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*; 2004; 26: 398-404.
91. Dilek N. Yardımcı Üreme Tekniği İle Tedavi Olan Çiftlerin Emosyonel Tepkilerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2009.
92. Terzioğlu F: Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 2001; 22: 133-141.
93. Goldfarb JM, Rosenthal MB, Utian WH. Impact of psychologic factors in the care of the infertile couple. *Semin Reprod Endocrinol* 1985; 3:93-99.
94. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental status and personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1995; 30:34-37.
95. Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R. Alexythymia in male infertility. *Hum Reprod* 2001; 16:587-592.
96. Atherton F, Howel D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. *J Public Health Med* 1995; 17:157-160.
97. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2443-2449.
98. Dilbaz S. Stres ve infertilite. [Stress and infertility]. 4. Ulusal üreme endokrinolojisi ve infertilite kongresi. 2010. s. 145.
99. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4:208-219. .
100. Ak G. İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. [Infertile couples coping suggestions]. *Sted* 2005; 11(7):260.
101. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226.
102. Türkçapar F, Varderele K, Türkçapar MH. İnfertilite ve psikolojik boyutları. Çiçek MN. editör. *Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite*. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008. s. 339- 344.

103. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction* 2009; 24(7):1656–1664.
104. Draye MA. Emotional aspects of infertility. In: Lemcke D, Pattison J, Marshall LA, Cowley DS. editor. *Current care of women diagnosis & treatment*. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 2004. p. 572-576.
105. Newton CR. Counselling the Infertile Couple. In: Burns LH, Covington SN. editor. *Infertility counselling: a comprehensive handbook for clinicians*. USA&UK: The Parthenon Publishing Group; 1999. p. 109.
106. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research* 2003; 54(4):353-355.
107. Yılmaz İ. The determinants of depression and anxiety in Turkish infertility patients: social support, sex role orientation, infertility causality, and self-esteem. *Bogazici University Social Sciences Master of Arts in Psychology*. Istanbul: 2006.
108. Verrier RL, Mittleman MA, Life-threatening cardiovascular consequences of anger in patients with coronary heart disease. *Cardiol Clin*. 1996 May;14(2):289-307.
109. Hisli N:Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji dergisi* 1989;7: 3–13.
110. Eysenck HJ, Eysenck SB. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. Hodder & Stoughton, London; 1975.
111. Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R ve ark. The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif*; 1992: 13: 443-449.
112. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif*; 1985: 6: 21–2.
113. Karancı, A. N., Dirik, G., & Yorulmaz, O. Eysenck Kişilik Anke-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2007: 18(3).
114. Fıfşılıoğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Turkish Couples. *European Journal of Psychological Assessment* 2000; 16(3):214-218.

115. Wright J, Allard M, Lecours A, Sabourin S: Psychosocial Distress and Infertility: a review of controlled research. *Int J Fertil*; 1989; 34(2):126-142.
116. Valentin D. P., Psychological Impact Of Infertility Identifying Issues And Needs Social Work In Health Care; 1986; 11(4):61-68.
117. Vural B., Yücesoy İ., Erk A., Karabacak O., Yardımla Üreme Teknikleri, Sendrom; 1999, Aralık, 46-53.
118. Rainsbury P. A., Viniker D. A., Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar, Çeviren Ahmet Zeki Işık, Kubilay Vicdan, Levent Atabeyoğlu , Atlas Kitapçılık; 1998: 279-293.
119. Dohle GR, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G, Papp G, Pomerol J, Hargreave TB. EAU İnfertilite Kılavuzu, İstanbul, 1992.
120. Ungerleider J, Rothchild TC, Nichols L. İnfertilite danışmanlığı: Sosyal hizmet uzmanının rolü. Boston IVF infertilite el kitabı, Editör: SR Bayer, MM Alper, AS Penzias. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008. s.177- 187,187-195.
121. Dhillon R, Cumming CE, Cumming DC: Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*; 2000; 74(4): 702-706.
122. Abbey A, Halman LJ, Andrews FM: Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*; 1992; 57(1): 122-128.
123. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril*. 1992; 58(1):144-7.
124. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992; 58(6):1158-63.
125. Lukse MP Vaac N. Grief, depression and coping in woman undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 1999; 72(4):623-8.
126. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M. Surveying of 2004; 1271:334-337.
127. Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaak FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod*. 2005; 20(8):2253-60.



128. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril*. 1989; 52(3):425-32.
129. Gulseren C, Cetinay P, Tokatlioglu B, Ozturk Sarikaya O, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med* 2006; 51:421–426.
130. Bodur, N. E., Çoşar, B, Erdem, M. İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 2013: 38(1): 51-62.
131. Donkor, E. S., Sandall, J. The impact perceived stigma and mediating social factors on infertility–related stress among woman seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Soc Sci Med*; 2007: 65: 1683-1694.
132. Alibaşoğlu H. İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları, BRSHH, 1. Psikiyatri kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul; 2010.
133. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *J Behav Med* 1991; 14:11-26.
134. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med* 2003; 56:739-751.
135. Matsubayashi H, Hosaka T, Shun-ichiro I, Takahiro S, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod* 2001; 16:966-969.
136. Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* 2001; 11:481-485.
137. Hunt J, Monach JH. Beyond breavement model the significance of depression for infertile women. *Fertil Steril* 1992; 58:1158-1163.
138. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:267-271.
139. Collins A, Freeman EW, Boxer AS, Tureck R. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 1992; 57:350-356.
140. Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997; 12:183-190.

141. Güçsavaş, N. İnfertilitenin eşlere getirdiği sorunların ve bu konudaki hemşire rolünün belirlenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 1986.
142. İnceer B. Çocuksuzluğun psikolojik yönü. Ege Üniversitesi Rektörlüğü Aile Planlaması- Kısırlık (İnfertilite) Araştırma Uygulama Merkezi Hastaları için El Kitabı. İzmir, 1998.
143. Can G. Yardımcı üreme tekniklerine başvuran kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi (Mezuniyet tezi). İzmir, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2005.
144. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta analysis. *J Behav Med* 1999; 22:341–358.
145. Lalos A, Jacobsson L, Lalos O, von Schoultz B. The wish to have a child: a pilot study with infertile couples. *Acta Psychiatric Scand* 1985; 72:476-481.
146. Kamacı S. Primer infertil çiftlerde infertilitenin aile yaşamına etkisinin incelenmesi (Mezuniyet tezi). İzmir, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2003.
147. Keskin G, Gümüş AB. İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014; 5(1):9-16.
148. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril*. 1999; 72(4):623-8.
149. Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest*. 1997; 43(3):171-7.
150. Hirsch, M.A. Hirsch, M.S. The Long-Term Psychosocial Effectes Of İnfertility; 1995: 517-522.
151. Fogel C L; Wodds N. F., Health Care Of Women A Nursing Perspective Toronto: The C. Mosby Company; 1981: 279-283.
152. Bourgeois F. J., Mullin, P. A., Veljoih D. S., Obstetrics And Gynecology Recall, Usa, Waverly Company; 1997: 330-351.
153. Chen TH, Chang SP, Tsai Cf, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004; 19:2313-2318.
154. Onat, G., Kızılkaya Beji, N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: A casecontrol study of Turkish couples. *European*

Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology; 2012: 165: 243–248.

155. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soc Sci Med 1997;45:1679-704.

## **EKLER**

### **EK I BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

#### **KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sizden “Kişilik Özelliklerinin İnfertil Kadınlarda Anksiyete ve Depresyon Gelişimi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması” başlıklı bir araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Bu çalışmada primer infertilitesi olup infertilite tedavisi planlanan veya başlanan kadınların kişilik ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi; kişilik özelliklerinin infertil kadınlarda anksiyete ve depresyon gelişimi üzerine olan etkilerinin araştırılması ve elde edilen sonuçların kontrol grubu (fertil kadınlar) ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmada size herhangi bir tedavi verilmeyecektir. Çalışmaya gönüllü olarak infertilite tanısı almış kadınlar ile; bir veya birden fazla sayıda çocuğu olan fertil kadınlar dahil edilecektir. Araştırmadan beklenen yararlar İnfertilite tedavisi sürecinde oluşabilecek problemleri öngörerek önceden hazırlıklı olma; pahalı ve uzun olan bu süreçte ciddi patolojisi olan kişilerin tedaviye uyumu etkileneceğinden infertilite tedavisi öncesinde psikolojik yardım almaya yönlendirilmedi.

Sizin açınızdan çalışmanın faydası psikiyatrik açıdan taramadan geçmiş olmanızdır. Size araştırma nedeniyle uygulanabilecek alternatif yöntemler veya tedavi şeması yoktur.

Araştırmaya katılmanız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya ve yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimde bulunabilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulur, kamuoyuna açıklanamaz; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalır.

Araştırma konusu ile ilgili ve araştırmayla ilgili herhangi bir durum hakkında daha fazla bilgi temin edilebilmesi için temasa geçebileceğiniz kişi ve araştırmacı Dr. Merve Şahin'dir. Araştırmaya katılımınızın sona erdirilmesini gerektirecek durumlar ve/veya nedenler araştırmayı tamamlamamanızdır. Araştırmaya devam etmeniz için öngörülen süre 1 gündür. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 60' tır.

## **KATILIMCININ BEYANI**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün ve Yasal Temsilcisinin Adı/ Soyadı/ İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Araştırmacının Adı/ Soyadı / İmza

KSÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ A.D Prof. Dr. Mehmet Fatih Karaaslan

## EK II: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

<b>Adınız Soyadınız:</b>
<b>Cinsiyetiniz:</b>
<b>Tarih:</b>
<b>Telefon:</b>
<b>Yaşı:</b> 1) 18-25 2) 26-35 3) 36-45
<b>Eğitimi:</b> 1) Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Lisans ve Üstü
<b>Doğum yeri:</b> 1) Kırsal Yerleşim 2) Şehir
<b>Yaşadığınız yer:</b> 1) Kırsal Yerleşim 2) Şehir
<b>Aile biçimi:</b> 1) Çekirdek 2) Eşinin Ailesi İle Birlikte Yaşıyor 3) Kendi Ailesi İle Birlikte Yaşıyor
<b>Sosyal durumunuz:</b> 1) Ev Hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf 5) İşsiz 6) Çiftçi 7) Emekli
<b>Halen çalışıyor mu?</b> 1) Evet 2) Hayır (Hiç Çalışmadı) 3) Halen işsiz 4) İş Arıyor
<b>Gelir durumu (Aylık kazanç):</b> 1) 0-1000 TL 2) 1000-3000 3) 3000 ve üstü
<b>Tedavi masraflarını kim karşılıyor?</b> 1) Kendisi 2) Sosyal Güvencesi 3) Bir Kısmı Kendi-Bir Kısmı Sosyal Güvence

4) Ailesi ve Yakınları Destek Oluyor
<b>Kaçıncı evliliği:</b> 1) İlk 2) İkinci 3) Üç Ve Üstü
<b>Evlilik biçimi:</b> 1) Görücü Usulü-istemeden 2) Görücü Usulü-isteyerek 3) Tanışarak
<b>Kaç yıldır evli:</b> 1) 1-2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üstü
<b>Daha önce ciddi jinekolojik rahatsızlık öyküsü var mı?</b> 1) Var 2) Yok
<b>Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldı mı?</b> 1) Evet 2) Hayır
<b>Halen gördüğü psikiyatrik tedavi var mı?</b> 1) Evet 2) Hayır
<b>Psikoaktif madde kullanım öyküsü var mı?</b> 1) Yok 2) Sigara 3) Yatıştırıcılar-Uyku Hapları 4) Ağrı Kesiciler 5) Kafein ve Türevleri 6) Esrar-Kokain vs.
<b>Kaç yıldır infertil:</b> 1) 1-2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü
<b>İnfertilite sebebi:</b> 1) Primer (Hiç Çocuğu Olmamış) 2) Sekonder (Daha Önceden Çocuğu Olmuş)
<b>İnfertilite etyolojisi(sebebi) biliniyor mu?</b> 1) Evet 2) Hayır
<b>İnfertilite sebebi biliniyorsa kimden kaynaklanıyor?</b> 1) Kadın 2) Erkek 3) Her iki eş
<b>Çocuğu:</b>

<p>1) Var 2) Yok</p>
<p><b>Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyor:</b> 1) 1 yıldan az 2) 1-2 yıl 3) 3-5 yıl 4) 6-10 yıl 5) 11 yıl ve üstü</p>
<p><b>Daha önce hangi tedavi yöntemleri kullanıldı?</b> 1) Yok 2) Sadece aşılama (ICSI) 3) Aşılama (ICSI) ve Tüp bebek (IVF) 4) Sadece tüp bebek (IVF)</p>
<p><b>Evlad edinmeyi düşünür müsünüz?</b> 1) Evet 2) Hayır 3) Emin değil</p>
<p><b>İnfertilite ile ilgili tedavi bilgisi:</b> 1) Var 2) Yetersiz 3) Yok</p>
<p><b>Ek başka bir tıbbi tanı almış olma:</b> 1) Yok 2) Var (boyun fitiği, gastrit, ülser, migren, hipotiroidi, hipertiroidi, astma, gastrit, bronşit.) (genel tıbbi durumu bozacak hastalıklar dışında)</p>
<p><b>Sizin infertiliteye yüklediğiniz anlam nedir?</b> a- Psikolojik tatminsizlik (analık içgüdüsünün karşılanamaması) b- Doğuramama (işlevsel eksiklik) c- Kendini toplumdan soyutlanmış hissetme d- Duygusal olarak evlat desteğinden mahrum kalma e- Sosyal güvence azlığı (yaşlanınca bakacak kimse olmaması) f- Toplumun kadına biçtiği soysal rolü üstlenememe (anne, hamile, lohusa, kayınvalide) g- Benlik değerinde düşme</p>
<p><b>İnfertilite sonucunda eşin tutumunda değişiklik var mı?</b> 1) Yok 2) Olumlu değişti 3) Olumsuz değişti</p>
<p><b>İnfertilite durumuna yakın çevreniz nasıl tepki gösteriyor?</b> 1) Yok 2) Anlayışlı ve destekleyici 3) Eleştirel ve küçümseyici</p>
<p><b>Çiftlerin çocuğa yüklediği anlam nedir?</b> a- Eşler arası sevgi, mutluluk b- Analık içgüdüsünün tatmini c- Evliliğin sürdürülmesi d- Toplumun çiftlere yüklediği ebeveyn rolünün sağlanması</p>



**İnfertilite tanısı aldıktan sonra en sık yaşadığınız duygu/lar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):**

- a- Hüzün
- b- Şaşkınlık
- c- İnkâr
- d- Öfke
- e- Pazarlık (eğer hamile kalırsam!)
- f- İçe kapanma
- h- Suçluluk
- ı- Değersizlik
- i- Kabullenme

**Çocuğun olmaması sizi nasıl etkiledi?**

- 1) Çok üzüldüyorum
- 2) Boşanmaktan korkuyorum
- 3) Eşimden ve ailesinden utanıyorum
- 4) Çok mutsuzum
- 5) Hiçbir şey değişmedi

## EK III: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

# Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

## EK IV: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

### Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsarım.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

## EK V: EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ

<b>Eysenck Kisilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısa Formu</b>		
<u>Sorular</u> (cevaplarken kutucuklara “+” işareti koyun)	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi?		
2. Konuşkan bir kişi misiniz?		
3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi?		
4. Oldukça canlı bir kişi misiniz?		
5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu?		
6. Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız?		
7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı?		
8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz?		
9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hisseder misiniz?		
10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı?		
11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız?		
12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?		
13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz?		
14. Kaygılı bir kişi misiniz?		
15. Sosyal ortamlarda geri plânda kalma eğiliminiz var mıdır?		
16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi?		
17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı?		
18. Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz?		
19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı?		
20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir?		
21. Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?		
22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir?		
23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi?		
24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız?		

## EK VI: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

### ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ (ÇUÖ)

İlişikte çiftler hakkında bazı cümleler bulunmaktadır. Size uygun seçeneği işaretleyiniz. Her cümle için uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen seçenek doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

NOT: Eğer boşanmışsanız, cümleler boşanmadan önceki son bir ayınızı dikkate alarak cevap veriniz.

	Her zaman anlaşırsınız	Hemen her zaman anlaşırsınız	Arada bir anlaşılamayız	Sıklıkla anlaşılamayız	Hemen hiç anlaşılamayız	Hiç anlaşılamayız
1. Aile gelirinin idaresi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eğlence ile ilgili konularda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Dini konularda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sevgi gösterme şekillerinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Arkadaşlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cinsel ilişkiler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Toplumsal örf ve adetlerle ilgili olarak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Yaşam felsefesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kendinizin veya eşinizin ailesiyle ilişkilerde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Önemli olduğuna inanılan amaç, hedef ve diğer konularda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Birlikte geçirilen zaman konusunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Çok önemli kararlar verilirken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ev işlerinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Boş zaman ilgi ve uğraşlarda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mesleki kararlarda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Her zaman	Çoğu zaman	Yeterince	Ara sıra	Nadiren	Hiç
16. Boşanmayı, ayrı yaşamayı veya ilişkinizi sonlandırmayı ne sıklıkla düşünüyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Kavga sırasında siz ve eşiniz ne sıklıkla evi terkeder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sizce genellikle, siz ve eşiniz arasında işler ne sıklıkla yolunda gider?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eşinize içinizi dökersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Evlendiğiniz (veya birlikte olduğunuz) için hiç pişmanlık duyar mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eşinizle ne sıklıkla münakaşa edersiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ne sıklıkta birbirinizi simirlendirecek şeyler yaparsınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Her gün	Hemen her gün	Arada sırada	Nadiren	Hiç	
23. Eşinizi öper misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hepsi	Çoğu bazıları	Bazıları	Çok azı	Hiç biri	
24. Eşinizle ev dışındaki meraklarınızın ne kadarını birlikte gerçekleştirirsiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Aşağıdakilerin siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla olduğunu söyleyebilir misiniz?

	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir veya iki	Haftada bir veya iki	Hergün bir kere	Daha sık
25. Heyecan verici keyifli fikir alışverişleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Beraber gülme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Birlikte sakin bir şekilde tartışma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Bir konu üzerinde sakince tartışma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıdakiler, çiftlerin bazen anlaşıp bazen karşıt düştüğü şeylerdir. Aşağıdaki konular geçtiğimiz bir hafta içinde aranızda fikir ayrılığı yarattıysa veya ilişkinizde sorun haline geldiyse, bunu belirtiniz. (Evet veya hayır olarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	
29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cinsel ilişki için fazla yorgun düşmek
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sevgi göstermemek

31. Aşağıdaki çizgi üzerindeki noktalar ilişkinizdeki değişik mutluluk derecelerini ifade etmektedir. "mutlu" noktasının çoğu ilişkideki mutluluk derecesini işaret eder. Lütfen, herşeyi düşünerek ilişkinizin mutluluk derecesini en iyi tarif eden noktayı, çevresine bir daire çizerek gösteriniz.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son derece mutsuz	Epey mutsuz	Biraz mutsuz	Mutlu	Çok mutlu	Son derece mutlu	Mükemmel

32. Aşağıdaki cümlelerin hangisi, ilişkinizin geleceği ile ilgili hissettiklerinizi en iyi tanımlar?

- İlişkimin başarılı olmasını son derece fazla istiyorum ve öyle olması için her türlü şeyi yaparım.
- İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve öyle olması için elimden gelen her şeyi yaparım.
- İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve öyle olması için kendi payıma düşeni gerçekleştiririm.
- İlişkimin başarılı olursa iyi olurdu ve başarılı olması için şimdi yaptığımdan daha fazlasını yapmam.
- İlişkimin başarılı olursa iyi olurdu ve fakat ilişkiyi sürdürmek için şimdi yaptığımdan daha iyisini yapmayı reddediyorum.
- İlişkimin hiçbir zaman başarılı olamaz ve ilişkiyi devam ettirmek için daha fazla yapabileceğim bir şey yok.