

ÖZET

İNFERTİL ÇİFTLERDE, İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ESNASINDA ERKEKLERDEKİ PSİKOSOSYAL DURUMUN İNCELENMESİ.

Bu çalışma, Nisan 2004-Haziran 2004 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'ne başvuran ve tedavi görmekte olan primer infertil çiftlerden, erkeklerin psikososyal durumunu incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmış, 43 infertil erkek, eşi infertil olan 42 erkek olmak üzere toplam 85 erkek birey örneklem, 40 erkek birey kontrol grubu olarak alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak, Yarı Yapılandırılmış Anket Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği kullanılmıştır.

Gruplar arasında yapılan analizde depresyon, anksiyete ve aleksitimi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Hasta grupta yaş, eğitim ve gelir durumu, kontrol grubunda evlilik süresi ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hasta grup ve kontrol grubunda, eğitim düzeyi ile aleksitimi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan erkek bireylerin duygularını daha rahat tanımladıkları ve yansıttıkları gösterilmiştir.

Bireylerin "Çocuk sahibi olamama sorunu hangi eşe ait?" sorusuna verdiği cevaplar, sadece erkek faktör grubundaki hastaların dosyalarındaki tanı ile karşılaştırılmıştır, çıkan sonuçta erkek bireylerin yaklaşık yarısının soruya samimi yanıt vermedikleri gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Aleksitimi, İnfertil Erkek, İnfertilite, Stres, Psikososyal Durum

SUMMARY

THE ANALYSIS OF PSYCHOSOCIAL STATUS OF MALES AMONG THE INFERTILE COUPLES DURING THE INFERTILITY THERAPY.

This study was performed descriptively in order to observe the psychosocial status of men among the primary infertile couples who applied and was having treatment in Akdeniz University Hospital gynecology and obstetrics assisted reproduction therapy unit between April 2004 - June 2004, a sum of 85 males, 43 infertile males and 42 males with infertile partner were taken as the sampling, and 40 males as control group.

Half configured survey form, beck depression inventory, beck anxiety inventory, toronto alexythymia scala were used for collecting data.

In the analysis made between the groups no significant difference was detected between anxiety and alexythymia scores.

Significant relation was detected between age, education and income in the patient group and between marriage duration and depression scores in the control group. A significant relation between the education level and alexythymia was detected in the patient and control groups. It was shown that male individuals with high education level defined and reflected their feelings more easily.

The answers given to the question “which partner has the problem of infertility?” were compared to the diagnosis in the files of only the male factor group patients, in conclusion it was shown that nearly half of the male individuals had not answered the question honestly.

Key words: Anxiety, depression, alexythymia, infertile male, infertility, stress, psychosocial status

I.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hiçbir kontraseptif yöntem kullanılmamasına ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen bir yıllık süre içinde gebeliğin gerçekleşmediği çiftlerde infertiliteden söz edilir (1,2,3). Dünya Sağlık Örgütü infertiliteyi “bir yıllık korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalamama” olarak tanımlamıştır (4). Genellikle sterilite terimi de infertilite anlamında kullanılmaktadır (5).

Sterilite terimi, konsepsiyon veya gebeliğin gerçekleşmediği ve tedaviye rağmen bu durumun geri dönüşümsüz olduğu hallerde kullanılır (6). İnfertilite iki sınıfta değerlendirilir. Primer infertilite, hiç gebe kalamayan çiftler için geçerli iken sekonder infertilite, çiftlerin daha önce bir gebeliği olduğu halde tekrar gebe kalamamasıdır (6,7,8).

ABD’de 6 çiftten birisinin infertil olduğu bildirilmiştir(9). Çiftlerin infertilite sebeplerini %35 oranında erkek eşten kaynaklanan problemler, %35 oranında tüpler ve diğer pelvis içi yapılardan kaynaklanan problemler, %15 oranında ovulasyon ile ilgili problemler, %5’ini nadir görülen diğer sebepler, %10’unu ise açıklanamayan infertilite olarak tanımlanan ve herhangi bir sebebin saptanamadığı durumlar oluşturur(10). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verileri aileler için infertilite oranını %15 olarak kabul etmektedir (5,11).

İnfertilite, ülkemizde de olduğu gibi aile bağları güçlü olan toplumlarda, sadece çifti değil, onlarla birlikte pek çok kişiyi de etkileyen bir sorundur. İnfertil çiftler, çocuğa ve soyadının devamına verilen önemden dolayı, diğer insanlara karşı da kendilerini yetersiz ve değersiz hissederler. Buna karşın bu kişilerin yaşayacağı sıkıntı, çevre tarafından pek anlaşılmaz (12).

Bir çok infertil çiftte çevrenin beklentisi, kadın ve erkek ailelerinin tutumları, yeni güçlük ve zorlamalara neden olur. Çift, gizlilik ve mahremiyetlerinin zedelendiği duygusunu yaşar. Kendileri için mahremiyet oluşturan organları ileri dikkat ve incelemeye tutulmaktadır. İleri inceleme amaçlı testler, yeni umutlar yanında endişeli bekleyişe neden olur ve kadın-erkek ilişkisinin doğal ve spontan özelliği zedelenir (9).

İnfertilite sıklıkla aile içinde stres ve gerginliğe yol açar ve infertil çiftler yakın arkadaşlarından uzak dururlar. Mental uyumsuzluk, evlilikle ve cinsellikle ilgili

problemler, ayrılmaya ve hatta bazı kültürlerde, özellikle daha geniş ailelerden gelenler de cinsel ilişkiyi kesmeye neden olabilir. Bu durum gerçekten ızdırap vericidir (4).

İnfertilite de eşiyile olan yakınlığın kaybı, sağlığa olan güvenin kaybı, toplumsal saygınlık ve kendine güvende azalma, geleceğe güven kaybı, önemli bir hayali gerçekleştirme olasılığının kaybı gibi bir tanesi bile depresyona neden olabilen pek çok kayıp yaşanır (12).

Bu tür depresyonların ortaya çıkmasında, hastanın demografik özellikleri yanında ekonomik, toplumsal ve kültürel düzeyi, aile, eş ve çevre ilişkileri, önemli rol oynar (13). İnfertilite teşhisi, kişinin kendisini algılamasında öz güvenin düşmesine bağlı olarak önemli oranda bir stres oluşturur (14).

İnfertilite nedeni olarak bilinen eş, bedenini hasarlı, eksik gibi hissetmeye başlar. Kendine olan güveni azalır ve kendini arkadaşlarından daha aşağıda görmeye başlar. Kendini değersiz hissetme, güçsüzlük, pek çok şeye karşı ilgi-istek kaybı, yaşamdan zevk alamama, sorunları çözmede güçlük ve depresyon ortaya çıkar (15). Yapılan bir araştırmada, hem kadınların (%58), hem de erkeklerin (%44) yüksek oranda infertilitenin iş güçlerini ve enerjilerini etkilediği görülmüştür. Aynı araştırmada kadınlar (%89) ve erkekler (%69) infertilite tanı ve tedavisinin kendilerini çok yıprattığını belirtmişlerdir (16).

İnfertil kadınlar infertil erkeklerle karşılaştırıldıklarında yüksek derecede psikolojik stres, depresyon ve düşük benlik saygısı yaşarlar. Buna ek olarak evlilikte ve seksüel yaşamlarında da infertiliteyle ilgili sıkıntılar yaşarlar (17). Kişiler infertilite tanısı aldıktan sonra, yaşamlarının tüm alanlarını ihmal ederek infertilite üzerine yoğunlaşırlar. Pek çok olguda bu yoğunlaşma ümitsizliğe ve depresyona neden olur. Her adet döneminde "Hiç gebe kalamayacağım, hiç kendi ailem olmayacak, ben kadın değilim" gibi olumsuz düşüncelere kapılır, ovulasyon döneminde ise tekrar ümitlenmeye başlar. Adet sanki istenen bir bebeğin ölümü gibi algılanır ve bunu daha büyük bir hayal kırıklığı izler (12).

Son zamanlarda, çalışmaların odak noktası infertilite teşhisinin hem kadınları hem de erkekleri nasıl etkilediği ögesi olmuştur (18). Bir çok çalışmada infertil kadınlar fertil kadınlarla karşılaştırılmış, yapılan çalışmaların sonucunda infertilite ile ilgili negatif faktörlerin kadınlarda depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı ve kedere neden olduğu saptanmıştır (19,20,21).

Toplumda psikolojik yetiştirme tarzına bağlı olarak çocuk sahibi olma başarısızlığında genelde birincil sorumluluk kadına yüklenmekte ve tıbbi tedaviye yine ilk olarak kadının gitmesi gerektiği öne sürülmektedir. Bunun zıttı olarak ise erkekler, testlerden kaçarak infertil olabilme olasılıklarıyla yüz yüze gelmeyerek, sorunun kendilerinde olmadığını ispat etmeye çalışmaktadırlar (22)

Bir çok kadın gibi erkekler de infertilite ile savaştıklarında düşük öz saygı, anksiyete, kendini soyutlama, suçluluk duygusu ve daha fazla cinsel yetersizlik gibi durumları yaşamaktadırlar (18).

Nedeni anlaşılmış infertilite durumunda, erkeğin psikolojik tepkisi önemli derecede güçlü olabilir. Erkeklerde kişisel ve cinsel yetersizlik hissi, çiftler arasında ikilem, cinsel fonksiyon bozuklukları, depresyon, düşmanlık ve suçluluk duygusu oluşturabilir. İnfertile nedeninin erkeğe dayalı bir faktörden dolayı olduğunun teşhis edilmesi, nedenin kadına dayalı bir faktörden dolayı olduğunun teşhis edilmesinden çok daha stresli olabileceği üzerinde durulmuştur (23).

Çocuğunuz var mı?; yada kaç çocuğunuz var? gibi sorular toplumda insanların en çok karşılaştığı sorular arasındadır. Böyle bir soru infertil erkeğe sorulduğunda erkek kendisini çevrenin, toplumun beklentisine ters düşmüş durumda algılar. Kendisini topluma karşı görevini yerine getirmiyormuş gibi düşünür. Gelenek, görenek, örf, adet, din gibi temel toplumsal kurumların çocuğa ilişkin olarak toplumda oluşturdukları müsbet, olumlu değer yargılarıyla bu toplumsal görevi yerine getirememenin çaresizliği, ezikliği çatışır zihinlerde (13).

Pek çok erkek, infertilite tanısıyla erkekliğini kanıtlayamadığını, gerçek bir baba gibi davranamadığını belirtmektedir (12).

Bir çok erkeğin infertilitelere karşı tutumu çoğu kadınlardan farklıdır, genelde soğukkanlılıklarını korurlar. Erkeklerin cesur olduğu ve ağlamayacağı şeklindeki genel çocuk şartlandırması, erkeklerin üzüntü ve hayal kırıklıklarını ifade etmelerini güçleştirir. Eşiyle aynı şeyleri hissettiğini kabul etmeye cesaret edemezler (4).

Toplumun genelinde infertilite ile iktidarsızlık arasında bağlantı olduğuna dair giderek yayılan inançtan dolayı, erkek infertilitesi teşhisi küçük düşürücü bir durum olarak kabul edilir (14,24). Buna bağlı olarak infertil partner rolünü genelde kadınların üstlenmesinden de anlaşılacağı gibi, erkekler kadınlara oranla daha az sosyal destek alırlar. Erkeğin infertilite durumundaki gizliliği daha fazla strese de neden olabilir (14).

Bir çok tedavi kadın odaklı hususlara dayandığından erkeklerin ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı eleştirisel sonucu oluşmuştur. Bu yüzden, infertil hastalar için yapılan psikolojik hizmetleri geliştirebilmek için kadın ve erkeklerin ihtiyaçlarının ayrı ayrı çalışılması gerektiği gözükmektedir (25).

Eskiden yapılan araştırmalar infertilitenin kadınlar üzerindeki psikolojik etkileri üzerinde çalışılırken, altmışlı yıllarda bir değişiklik olmuş ve infertilitenin erkeklerde neden olduğu stres üzerinde yoğunlaşmıştır (26).

Rabinson ve Stewart (27), erkek infertilitesi tanısı almış olan 22 erkekle görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada erkeklerin, suçluluk duygusu, utanç, kızgınlık, soyutlama, kayıp ve kişisel yetmezlik sergilediklerini bildirmiştir. İnfertilite tanısı konan erkekler infertilite tanısı konmayan erkeklere oranla “işe yaramaz”, “yetersiz” yada “hasarlı” gibi terimleri kullanarak kendilerine karşı daha negatif özelliklerle atıfta bulunmuşlardır. İnfertil çiftlerin cinsel yaşamını inceleyen başka bir çalışmada, azospermi teşhisi konan erkeklerin yarısından fazlasının iktidarsızlık yaşadıkları gösterilmiştir (18). Pook ve arkadaşlarının (28), androloji kliniğine gelen 120 erkek hastada yaptıkları araştırmada, 6 ay sonra yapılan analizde stres düzeyinin yükselmesi ile sperm kalitesinin düştüğü gösterilmiştir. Benzer bir çalışmada, IVF (İn-Vitro Fertilizasyon) tedavisi sürecindeki erkek hastalarda psikolojik stresin sperm kalitesini etkilediği saptanmıştır (29).

İnfertil çiftler için yeni bir umut kapısı yardımcı üreme teknikleridir. Klasik tedavi uygulamalarıyla tedavi edilemeyen infertil çiftlerde yardımcı üreme tekniklerinden (Asisted Reproductive Technology=ART) faydalanılabilmektedir (30).

Çiftler, önemli oranda yardımcı üreme tekniklerini çok stresli bir deneyim olarak ifade etmişlerdir. İnfertilite tedavisinde yardımcı üreme teknikleri çiftler tarafından son umut olarak görülmektedir. Yardımcı üreme tekniklerinin duygusal olarak stresli, yapılan işlemler nedeni ile fiziksel olarak acı verici (enjeksiyonlar, yumurta toplanması, embriyo transferi gibi) ve pahalı olması, sonuçta yöntemden elde edilen başarı şansının da düşük olması çiftleri olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir (31).

İnfertil çiftlerin tedavi sürecinde depresyona girdiği, tedavileri başarısızlıkla sonuçlandığında, depresyon durumunun daha da yoğunlaştığı gözlenmiştir. Çünkü çiftler bu süreçlerde pek çok tetkiklerden geçmektedir (32).

Yapılan bir araştırmada kadınların %63'ü, erkeklerin %38'i Yardımcı Üreme Teknikleri tedavisinin strese yol açtığı belirtilmiştir (33), bunun yanında anksiyete

ve depresyonunda tedavi sonucunu negatif etkilediği gösterilen çalışmalar yapılmıştır (34). Erkeklerin psikolojik durumunun inceleyen Nasseri'nin (35) yaptığı çalışmada infertilite nedeni kendisi olan erkek bireylerde psikolojik stres düzeyi, infertilite nedeni eşi veya her iki eşte olan erkek bireylere oranla yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada, çiftlerin kliniğe başvurdukları zamanla bundan altı ay sonra ilk teşhis konulması mümkün olduğundaki duygusal stres dereceleri ölçülmüştür. Çalışmaya katılan kadın bireylerde erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete semptomları olduğu bildirilmiştir (1,36).

Daniels'in (37) yaptığı çalışmada, yardımcı üreme teknikleri programına katılan 61 çiftin en fazla şikayet ettiği konuların ağır ekonomik güçlük ve psikososyal stres olduğu belirlenmiştir.

Üreme insanların temel ihtiyaçlarından biri olarak kabul edilir ve üreme yeteneklerini engelleyecek bir şey olduğunda psikolojik bir kriz oluşabilir. İnfertilite krizi ise hem evliliğin farklı cephelerinde güçlü etki yarattığından hem de bireyin hayatındaki sosyal ve cinsel ilişkilerini, hayat görüşlerini, kendini algılayış biçimini etkilediğinden zor bir duygusal tecrübedir. İnfertilitenin yarattığı bu duygusal sonuçlardan dolayı hastaların tıbbi tedavinin bir parçası olarak psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları oldukça açıktır ve bu desteği sağlamak da insan üreme merkezinde tüm ekip üyelerinin sorumluluğudur (38).

Hemşireler, çiftlerin yardımcı üreme teknikleri yöntemi sürecini fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak daha sağlıklı geçirmesinde en önemli rolü oynayacak sağlık personeli konumundadır. Çünkü bu süreç boyunca çiftlerle en fazla birlikte olan, onları destekleyen, bilgi veren, gelişmelerden haberdar eden sağlık personeli hemşiredir (39).

Fertilite sahasında hemşirenin rolü, medikal teknoloji ile paralel gelişmiştir. Başlangıçta psikolojik alana az önem verilmesi IVF'nin bebek fabrikası gibi görülmesi, toplumsal yargıda korkuya ve programa katılan çiftlerin tedaviden yakınmalarına neden olmuştur. IVF'in bireylerde oluşturduğu psikolojik durum, konu ile ilgili danışmanlık işlevlerine ilişkin bazı sorunları gündeme getirmiştir. İnfertilite nedenleri, infertilite tipleri, çifte kısa ve açık olarak anlatılarak bilgilendirilmelidir (32). IVF ve infertilite tanı ve tedavilerinin bireyleri yıpratdığı ve bir bilmece olduğu düşünüldüğünde işlemler hakkında bilgiye ihtiyaç duyma nedenleri anlaşılabilir (16).

Emosyonel, fiziksel, maddi, sosyal ve psikolojik etmenler, infertil çiftler için problem teşkil etmektedir (40). Hemşire, IVF tedavisinin tüm aşamalarında çiftlerin psikolojik özelliklerini saptayıp, çifte emosyonel destek sağlamalıdır. Bu alanda çalışan hemşire, IVF tedavisi gerektiren kadın ve erkeğin üreme sistemi, anatomi ve fizyolojisini, çiftlerin psikolojik profilini bilmeli, konu ile ilgili danışmanlık yapabilmeli, psikolojik etkileri inceleyen çalışmalara katılabilmelidir (32).

1.2. Araştırmanın Amacı

Aile yapısında çocuğa önem verilen toplumumuzda, eşi ile birlikte infertilite tedavisi alan erkeklerin, soyun devamını sağlamak amacıyla sosyal bir yük altında bırakılması, erkeklerde psikososyal etkilenime neden olmaktadır. Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda genellikle infertil çiftlerde kadınların psikolojik durumları incelenmiş olup erkeklerin psikolojik durumları hakkında detaylı araştırmalar yapılmamıştır. Halbuki ülkemizde ve yurtdışında infertilitenin psikososyal yönlerini açığa vuran çalışmaların yapılmasıyla, bu insanların yaşadıkları sıkıntılar daha ayrıntılı olarak belirlenip çözüm getirici yaklaşımlar ortaya konabilecektir (12).

Bu araştırmada, primer infertilite nedeni ile infertilite kliniklerine başvuran çiftlerden, infertilite nedeni kendisi ve eşi olan erkek bireylerle, rastgele seçilmiş sağlıklı, çocuğu olan erkek bireylerin psikolojik açıdan karşılaştırılması ve eşi ile birlikte tedavi sürecinde olan erkek bireylerin psikososyal durumunun diğer sosyal ve demografik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

II. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nde, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerden erkeklerin psikososyal durumunu incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem:

Araştırmanın çalışma grubu evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'ne başvuran çiftler oluşturmuştur. (Nisan 2004 – Haziran 2004) tarihleri arasında Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'ne başvuran ve tedavi görmekte olan primer infertil çiftlerden, başvuru sırasına göre, araştırmaya katılmayı kabul eden, 43 infertil erkek, eşi infertil olan 42 erkek olmak üzere toplam 85 erkek birey örneklem olarak alınmıştır.

Katılımcıları seçme ve dışlama kriterleri; En az ilkokul mezunu olan, primer infertilite tanısı almış olan bireyler alınmış, sekonder infertilite olan bireyler dışlanmıştır. En az bir yıldır infertilite tedavisi almış olan, Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nde infertilite tedavi sürecinde olan, başka kronik bir rahatsızlığı olmayan ve geçmişte psikiyatrik tedavi görmemiş olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, infertilite nedeni eşlerden herhangi birisinde olan erkek bireyler araştırma kapsamına alınmış olup, infertilite nedeni kesin belli olmayan erkek bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Kontrol Grubu'nun evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Polikliniği için sıra bekleyen, araştırmaya katılmayı kabul eden, üreme problemi olmayan rastgele seçilen 40 erkek birey oluşturmuştur. Kontrol grubundaki erkek bireylerin seçiminde, 25-40 yaş arasında olması, en az ilkokul mezunu ve en az iki yıl evli olması ve yaşayan bir çocuğunun olması esas alınmıştır.

2.3. Verilerin Toplanması:

Araştırma için kullanılan veriler, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yasal izin alınarak (Nisan 2004 – Ağustos 2004) tarihler arasında toplanmış, anket formları katılımcılarla yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Tıbbi Etik Kurulu'ndan 208 sayılı karar ile etik onay alınmıştır. Tüm katılımcılara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak yazılı olarak açıklanmış, katılım için onayları imza olarak alınmıştır (Ek 1 Form 1)

2.4. Veri Toplama Araçları:

1-) Tanımlayıcı Anket Formu:

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri, maddi ve manevi destek durumları ile çocuk gereksinimine ilişkin düşüncelerini belirleyen, toplam 17 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış anket formu hazırlanmıştır (Ek 1 Form 2). Formdaki 18. soru, 11. soruyu test etmek amaçlı eklenmiştir.

2-) Beck Depresyon Envanteri (BDE 1978 Formu):

Beck Depresyon Envanteri, 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiş, 1971 yılında düzenlenmiş, 1978 yılında çoğaltılma hakkını almıştır (41). BDE'nin iki formu vardır. Bunlardan ilki, 1961 yılında ilk kez Beck tarafından geliştirilmiş ve çoğaltılma hakkını almış, hastanın o anki ruh durumunun, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirildiği, 21 maddelik orijinal formdur. İkincisi ise, 1978 yılında geliştirilmiş, kendini değerlendirme türünde olan ve grup uygulaması yapılabilecek olan 21 maddelik formdur (42), (Ek 1 Form 3). BDE'nin ülkemizde uygulama çalışmalarını ilk kez Tegin tarafından 1986 yılında yapılmıştır (43).

Beck Depresyon Envanteri, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan, belirtileri ölçmeye yarayan, 21 belirtiden oluşmuş bir kendini değerlendirme türü ölçektir. BDE'deki her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. 0'dan 3'e kadar, depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış bu cümleler, depresyonun görünümüne ilişkin olup, etyolojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (42).

Hisli'nin üniversite öğrencilerinde BDE'nin güvenilirlik ve geçerliği için yaptığı çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı $\alpha = 0,80$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,86$ olarak bulunmuştur. Klinik depresyonu

belirlemek için, 17 BDE puanının uygun bir kesme noktası olarak önerildiği görülmektedir. 17 ve üstündeki puanların, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür(42)

3-) Beck Anksiyete Envanteri(BAE):

Beck Anksiyete Envanteri Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de Anksiyete Bozuklukları başlığı altında birleşen anksiyete belirtilerini ölçmek üzere geniş klinik örneklemeler üzerinde geliştirilmiş olan 21 maddelik bir ölçektir (Ek 1 Form 4). Maddelerin 13 tanesi fiziksel belirtileri tanımlarken, 3'ü anksiyetenin bilişsel yanlarını ortaya koymaktadır. 3 madde ise bilişsel niteliğin yanısıra fiziksel niteliğe de sahiptir. Dolayısıyla BAE, anksiyetenin fizyolojik, affektif ve bilişsel belirtilerini içermektedir. BAE, 0-63 arasında puan almaktadır. Denekler her bir maddedeki belirtinin "uygulama yapılan gün dahil, son bir haftadır" kendilerini ne derecede rahatsız ettiğini her bir maddeye 0 ile 3 arasında puan vererek derecelendirmektedirler. Hafif Düzeyde (1), Orta Düzeyde (2) ve Ciddi Düzeyde (3) biçiminde işaretlenmektedir (44).

Gümüş A.'nın yapmış olduğu, Beck Anksiyete Envanteri'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,94$ olarak saptanmıştır (45). Bizim çalışmamızda güvenilirlik katsayısı $\alpha= 0,92$ olarak bulunmuştur.

4-)Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ):

Aleksitimi, duygularını fark etme, tanıma, ayırtetme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanır (46)

TAÖ, Taylor ve Bagby tarafından geliştirilen, bir kişilik boyutu olarak kabul edilen aleksitiminin derecesini ölçen 26 soruluk bir öz-bildirim ölçeğidir. TAÖ'nin Türkçe uygulamasının puanlama yöntemi orijinalinden farklıdır. Orijinalinde 5'li likert puanlama sistemi uygulanırken Türkçe formunda zorunlu seçme yanıtlama sistemi kullanılmıştır, ölçeğin kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmış, güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,65$ bulunmuştur (47). Bizim çalışmamızda güvenilirlik katsayısı $\alpha= 0,50$ olarak bulunmuştur.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak bilgisayarda yapılmıştır.

Araştırmanın analizinde Chi Kare Testi, T Testi, Mann- Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Varyans Analizi(Anova), Tukey HSD Post Hoc Testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Veriler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir. İstatistiksel açıdan, 0.05'den küçük "p" değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

III. BULGULAR

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'ne, primer infertilite tedavisi için (Nisan 2004 – Haziran 2004) tarihleri arasında başvuran çiftlerden infertilite nedeni erkek faktör olan 43 erkek birey (Erkek Faktör Grup), infertilite nedeni kadın faktör olan 42 erkek birey (Kadın Faktör Grup) ve rastgele seçilmiş, üreme problemi olmayan 40 erkek birey olan (Kontrol Grubu) üzerinde yapılmıştır.

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Tedavi, Destek Faktörleri ve Çocuk Gereksinimlerine İlişkin Bulgularının Gruplar Arasındaki Farklılıklar

Çalışmaya alınan erkek bireylerin yaşları 24-45 arasında değişmiştir. Bütün katılımcıların genel yaş ortalaması (33.8 ± 4.6) olarak saptanmıştır. Erkek Faktör Grubu'nun yaş ortalaması (33.8 ± 4.8), Kadın Faktör Grubu'nun yaş ortalaması (34.1 ± 4.2) olarak saptanmıştır. Kontrol Grubu'ndaki 40 sağlıklı erkek bireyin yaşları 25-40 arasında seçilmiştir ve yaş ortalaması (33.4 ± 4.7) olarak saptanmıştır. Üç grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1).

Erkek Faktör Grubu'nda ortalama evlilik süresi (6.6 ± 3.8) yıl, Kadın Faktör Grubu'nda ortalama evlilik süresi (6.7 ± 4.6) yıl olarak bulunmuştur. Kontrol Grubu'nda ise ortalama evlilik süresi (8.5 ± 4.7) yıl olarak bulunmuştur. Çalışmaya alınan erkek bireylerin evlilik süreleri 1 yıl ile 21 yıl arasında değişmektedir. Üç grup arasında evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1).

Erkek Faktör Grubu'nun %37,2'sinin ortaöğretim, %25,6'sının lise, %37,2'sinin yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadın Faktör Grubu'nun %28,6'sının ortaöğretim, %26,2'sinin lise, %45,2'sinin yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol Grubu'nda ise %30,0'unun ortaöğretim, %30,0'unun lise, %40,0'ının yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Üç grup arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1).

Erkek Faktör Grubu'ndaki kişilerin %53,4'ünün, Kadın Faktör Grubu'ndaki kişilerin %54,8'nin, Kontrol Grubu'ndaki kişilerin ise %57,5'inin uzun süre il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Üç grup arasında en uzun süre yaşanan yer açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1)

Erkek Faktör Grubu'nda %25,6 işçi, %39,5 memur, %34,9 serbest meslek sahibidir. Kadın Faktör Grubu'nda %16,7 işçi, %47,6 memur, %35,7 serbest meslek sahibidir. Kontrol Grubu'nda ise %17,5 işçi, %42,5 memur, %40,0 serbest meslek sahibidir. Üç grup arasında mesleki durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1).

Her üç grup orta ve düşük gelir durumuna sahip kişilerden oluşmuştur. Erkek Faktör Grubu'nda %76,7 orta ve düşük gelir düzeyinde, %23,3 iyi ve yüksek gelir düzeyine sahiptir. Kadın Faktör Grubu'nda %71,4 orta ve düşük gelir düzeyine, %28,6 iyi ve yüksek gelir düzeyine sahiptir. Kontrol Grubu'nda ise %62,5 orta ve düşük düzeyde, %37,5 iyi ve yüksek düzeyde gelir durumuna sahiptir. Üç grup arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1).

Erkek Faktör Grubu'nda %37,2, Kadın faktör Grubu'nda %56,0, Kontrol Grubu'nda ise %54,5 Emekli Sandığı'na bağlı olduğu saptanmıştır. Üç grup arasında sosyal güvence açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tüm bireylerin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Erkek Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	GRUPLAR								
	Erkek Faktör Grubu(n=43)		Kadın Faktör Grubu(n=42)		Kontrol Grubu (n=40)		f	df	P
Yaş	33.8 ± 4.8		34.1 ± 4.2		33.4 ± 4.7		0.28	2	0.75
Evlilik Süresi	6.6 ± 3.8		6.7 ± 4.6		8.5 ± 4.7		2.35	2	0.09
En Uzun Yaşanılan Yer	n	%	n	%	n	%	X		
İl	23	(53,4)	23	(54,8)	23	(57,5)	3.00	4	0.55
İlçe	10	(23,3)	14	(33,3)	12	(30,0)			
Köy	10	(23,3)	5	(11,9)	5	(12,5)			
Eğitim Durumu									
Ortaöğretim	16	(37,2)	12	(28,6)	12	(30,0)	1.08	4	0.89
Lise	11	(25,6)	11	(26,2)	12	(30,0)			
Yüksek	16	(37,2)	19	(45,2)	16	(40,0)			
Meslek									
İşçi	11	(25,6)	7	(16,7)	7	(17,5)	1.52	4	0.82
Memur	17	(39,5)	20	(47,6)	17	(42,5)			
Serbest	15	(34,9)	15	(35,7)	16	(40,0)			
Gelir Durumu									
Düşük-Orta	33	(76,7)	30	(71,4)	25	(62,5)	2.05	2	0.35
İyi-Yüksek	10	(23,3)	12	(28,6)	15	(37,5)			
Sosyal Güvence									
SSK	13	(30,2)	9	(22,0)	8	(21,2)	3.65	4	0.45
BAĞ-KUR	14	(32,6)	9	(22,0)	10	(24,3)			
Emekli Sandığı	16	(37,2)	24	(56,0)	22	(54,5)			
TOPLAM	43	(100,0)	42	(100,0)	40	(100,0)			

Tek Yönlü Varyans Analizi(Anova)-Chi Kare Testi

Erkek Faktör Grubunda ortalama infertilite süresi (6.1 ± 3.8) yıl, Kadın Faktör Grubu'nda ortalama infertilite süresi (5.6 ± 4.3) yıl olarak bulunmuştur. Genel infertilite süreleri 1 yıl ile 20 yıl arasında değişmektedir. İki grup arasında infertilite süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 2).

Erkek Faktör Grubu'nda ortalama infertilite tedavi süresi (4.0 ± 3.3) yıl, Kadın Faktör Grubu'nda ortalama infertilite tedavi süresi (3.8 ± 3.7) yıl olarak bulunmuştur. Tedavi almakta olan erkek bireylerin genel infertilite tedavi süreleri 1 yıl ile 20 yıl arasında değişmektedir. İki grup arasında infertilite tedavi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 2).

Erkek Faktör Grubu'nda %83,7, Kadın Faktör Grubu'nda % 88,1 evlerinde eşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Her iki grup arasında evde beraber yaşadıkları bireyler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 2).

Erkek Faktör Grubu'nda %51,1 maddi ve manevi destek durumu var, %14,0 destek durumu yetersiz, %34,9 destek durumu yok olarak saptanmıştır. Kadın Faktör Grubu'nda %35,7 maddi ve manevi destek durumu var, %14,3 yetersiz, %50,0 yok olarak saptanmıştır. Erkek Faktör Grubu'nda % 51,1 sinin maddi ve manevi destek durumu varken, Kadın Faktör Grubu'nun %50,0 sinin maddi ve manevi destek durumu olmadığı saptanmıştır. Her iki grup arasında destek durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 2).

Erkek Faktör Grubu'nda %41,9 ailede çocuk gereksinimi nedenini, evlilik ve neslin devamı olarak belirtirken %58,1 duygusal gereksinim olarak belirtmiştir. Kadın Faktör Grubu'nda %39,5 ailede çocuk gereksinimi nedenini, evlilik ve neslin devamı olarak belirtirken %60,5 duygusal gereksinim olarak belirtmiştir. Kadın Faktör Grubunda ailede çocuk neden gerekli sorusuna dört kişi cevap vermemiştir. Her iki grup arasında ailede çocuk gereksiniminin nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 2).

Tablo 2: Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesinde Eşleriyle Birlikte Tedavi Sürecinde Olan Erkek Bireylerin Tedavi, Destek Faktörleri ve Çocuk Gereksinimine İlişkin Bulguların Gruplara Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	GRUPLAR				p
	Erkek Faktör Grubu(n=43)		Kadın Faktör Grubu(n=42)		
İnfertilite Süresi	6.1 ± 3.8(yıl)		5.6 ± 4.3(yıl)		0.70
İnfertilite Tedavi Süresi	4.0 ± 3.3(yıl)		3.8 ± 3.7(yıl)		0.89
Kiminle Yaşadıkları	n	%	n	%	
Eşimle	36	(83,7)	37	(88,1)	0.79
Eş ve aileler	7	(16,3)	5	(11,9)	
TOPLAM	43	(100,0)	42	(100,0)	
Maddi ve Manevi Destek Durumu					
Var	22	(51,1)	15	(35,7)	0.31
Yetersiz	6	(14,0)	6	(14,3)	
Yok	15	(34,9)	21	(50,0)	
TOPLAM	43	(100,0)	42	(100,0)	
Ailede Çocuk Neden Gerekli					
Evlilik ve Neslin Devamı	18	(41,9)	15	(39,5)	0.82
Duygusal Gereksinim İçin	25	(58,1)	23	(60,5)	
TOPLAM	43	(100,0)	38	(100,0)	

Chi Kare Testi-T Testi

Tedavi almakta olan bütün çiftlerden erkek bireylerle, Kontrol Grubu'ndaki erkek bireyler arasındaki BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları Tablo 3'de verilmiştir.

Kadın Faktör ve Erkek Faktör Grubu'nda yer alan erkek bireylerin depresyon puan ortalamaları BDE'ye göre (9.0 ± 7.8), Kontrol Grubu'nun depresyon puan ortalamaları ise (9.0 ± 8.6) olarak bulunmuştur. İki grup arasında depresyon puan ortalamaları açısından anlamlı istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 3).

Kadın Faktör ve Erkek Faktör Grubu'nda yer alan erkek bireylerin anksiyete puan ortalamaları BAE'ye göre (10.8 ± 10.6), Kontrol Grubu'nun anksiyete puan ortalamaları ise (10.5 ± 10.1) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anksiyete puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 3).

Kadın Faktör ve Erkek Faktör Grubu'nda yer alan erkek bireylerin TAÖ puan ortalamaları (8.9 ± 3.6), Kontrol Grubu'nun TAÖ puan ortalamaları ise (8.7 ± 4.0)

olarak bulunmuştur. İki grup arasında Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 3).

Tablo 3: Araştırmaya Katılan, Eşleriyle Birlikte Tedavi Sürecinde Olan Erkek Bireyler ve Kontrol Grubu Arasında, Ölçeklerin Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	HASTA GRUBU (n=85)	KONTROL GRUBU (n=40)	P
BDE	9.0 ± 7.8	9.0 ± 8.6	0.86
BAE	10.8 ± 10.6	10.5 ± 10.1	0.92
TAÖ	8.9 ± 3.6	8.7 ± 4.0	0.79

Mann-Whitney U Testi

Bireylerin gruplara göre BDE, BAE, TAÖ puan ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. Erkek Faktör ve Kadın Faktör Grubu'ndaki erkek bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$).

Erkek Faktör Grubu ve Kontrol Grubu'ndaki bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ölçekler arasındaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$).

Kadın Faktör Grubu ve Kontrol Grubu'ndaki bireylerin ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ölçekler arasındaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Erkek Bireylerin Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı

ÖLÇEKLER	Erkek Faktör (n=43)	Kadın Faktör (n=42)	Kontrol Grubu (n=40)	f	p
BDE	10.5 ± 8.7	7.4 ± 6.6	9.0 ± 8.6	0.90	0.41
BAE	11.8 ± 10.7	9.7 ± 10.6	10.5 ± 10.1	0.24	0.79
TAÖ	8.8 ± 3.5	9.0 ± 3.7	8.7 ± 4.0	1.11	0.33

Kruskal-Wallis Testi

3.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri, Tedavi, Destek Faktörleri ve Çocuk Gereksinimlerine İlişkin Bulgularının Ölçek Puanları ile Korelasyonları

Yaş, en uzun süre yaşanan yer, eğitim durumu, gelir durumu ve evlilik süresi ile ölçekler arasındaki ilişki Tablo 5’de verilmiştir.

Hasta grubunda, yaş ve Beck Depresyon puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r = -0.24$, $p < 0.05$). Bu bulgu, yaş arttıkça depresyon skorlarında azalma oluyor şeklinde yorumlanabilir. Hasta grubunda, yaş ve BAE, TAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda yaş ile BDE, BAE ve TAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hasta ve Kontrol Grubu’nun ikisinde de en uzun süre yaşanan yer ile BDE, BAE ve TAÖ puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Hasta grubunda eğitim durumu ile BDE ve TAÖ puanları arasında negatif anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r = -0.36$, $r = -0.23$, $p < 0.05$). Buna göre, eğitim düzeyi arttıkça depresyon ve aleksitimi skorunda azalma olduğu söylenebilir. Kontrol grubunda eğitim durumu ile TAÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = -0.32$, $p < 0.05$). Bu bulgu, eğitim düzeyi arttıkça aleksitimi skorunda azalma oluyor şeklinde yorumlanabilir. Hasta Grubunda eğitim durumu ile BAE puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hasta grubunda gelir durumu ile BDE puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r = -0.30$, $p < 0.05$). Bu bulgu, gelir düzeyi yükseldikçe depresyon skorlarında azalma oluyor şeklinde yorumlanmıştır. Hasta grubunda, gelir durumu ile BAE ve TAÖ puanları arasında, Kontrol Grubunda ise gelir durumu ile BDE, BAE ve TAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hasta grubunda, evlilik süresi ile BDE, BAE ve TAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise evlilik süresi ile BAE puanları arasında ilişki saptanmazken, BDE ve TAÖ puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r= 0.37$, $r= - 0.35$, $p< 0.05$). Bu bulgu, evlilik süresi arttıkça depresyon ve aleksitimi puanları da artıyor şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 5: Hasta Grubu ve Kontrol Grubu'ndaki Erkek Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerle, Ölçeklerin Puanları Arasındaki İlişkilerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	HASTA GRUBU			KONTROL GRUBU		
	BDE	BAE	TAÖ	BDE	BAE	TAÖ
Yaş	$r= -0.24^*$ $p= 0.02$	$r= -0.17$ $p= 0.11$	$r= -0.08$ $p= 0.46$	$r= 0.10$ $p= 0.52$	$r= -0.05$ $p= 0.75$	$r= 0.18$ $p= 0.26$
EnUzun Yaşanılan Yer	$r= 0.19$ $p= 0.07$	$r= 0.12$ $p= 0.27$	$r= 0.16$ $p= 0.13$	$r= -0.04$ $p= 0.76$	$r= -0.11$ $p= 0.48$	$r= 0.04$ $p= 0.78$
Eğitim Durumu	$r= -0.36^{**}$ $p= 0.00$	$r= -0.18$ $p= 0.09$	$r= -0.23^*$ $p= 0.03$	$r= -0.28$ $p= 0.08$	$r= -0.17$ $p= 0.29$	$r= -0.32^*$ $p= 0.04$
Gelir Durumu	$r= -0.30^{**}$ $p= 0.00$	$r= -0.11$ $p= 0.31$	$r= -0.13$ $p= 0.20$	$r= -0.19$ $p= 0.22$	$r= -0.26$ $p= 0.09$	$r= -0.09$ $p= 0.56$
Evlilik Süresi	$r= -0.12$ $p= 0.26$	$r= -0.15$ $p= 0.17$	$r= 0.08$ $p= 0.42$	$r= 0.37^*$ $p= 0.01$	$r= 0.17$ $p= 0.28$	$r= 0.35^*$ $p= 0.02$

* $p<0.01$

** $p<0.05$

Pearson Korelasyon analizi

İnfertilite süresi ve infertilite tedavi süresi ile ölçekler arasındaki ilişki Tablo 6'da verilmiştir. Tedavi almakta olan erkek ve kadın faktörlü erkek bireylerin infertilite süresi ve infertilite tedavi süresi ile ölçeklerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 6: Tedavi Almakta Olan Erkek Bireylerin Tedaviye İlişkin Özelliklerle, Ölçeklerin Puanları Arasındaki İlişkilerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	ERKEK FAKTÖR			KADIN FAKTÖR		
	BDE	BAE	TAÖ	BDE	BAE	TAÖ
İnfertilite Süresi	r= -0.15 p= 0.32	r= -0.19 p= 0.22	r= 0.01 p= 0.93	r= 0.03 p= 0.82	r= -0.08 p= 0.58	r= 0.01 p= 0.91
İnfertilite Tedavi Süresi	r= -0.05 p= 0.72	r= -0.17 p= 0.25	r= 0.01 p= 0.91	r= 0.07 p= 0.66	r= 0.03 p= 0.82	r= 0.16 p= 0.29

Pearson Korelasyon Analizi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin uzun süre yaşadıkları yere göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir. Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin uzun süre yaşadıkları yere göre BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Erkek Faktör Grubu'ndaki erkek bireylerin uzun süre yaşadıkları yere göre depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p< 0.05$). İlçede yaşayan erkek bireylerin depresyon puan ortalamaları ilde yaşayan erkek bireylere oranla yüksek bulunmuştur.

Tablo 7: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	EN UZUN SÜRE YAŞANILAN YER					
	Erkek Faktör	İl	İlçe	Köy	df	f
BDE	8.7 ± 6.7	15.9 ± 11.9	11.7 ± 7.3	2	3.44	0.04
BAE	9.6 ± 8.8	17.4 ± 11.5	11.5 ± 12.9	2	1.92	0.15
TAÖ	7.8 ± 3.5	9.3 ± 3.4	10.7 ± 3.1	2	2.44	0.09
Kadın Faktör						
BDE	7.2 ± 7.3	7.2 ± 5.0	9.4 ± 7.7	2	0.23	0.79
BAE	9.2 ± 9.7	9.4 ± 10.4	13.2 ± 16.3	2	0.28	0.75
TAÖ	9.1 ± 4.1	8.7 ± 3.4	9.2 ± 3.2	2	0.05	0.94
Kontrol Grubu						
BDE	9.5 ± 8.2	8.1 ± 9.2	9.0 ± 11.0	2	0.09	0.90
BAE	11.6 ± 9.3	9.1 ± 11.3	9.0 ± 12.4	2	0.28	0.75
TAÖ	8.6 ± 3.7	8.7 ± 5.1	9.2 ± 2.4	2	0.04	0.95

Tukey HSD Post Hoc Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin eğitim durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmıştır (Tablo 8). Kadın Faktör Grubu'nda eğitim durumu ve depresyon, Kontrol Grubu'nda eğitim durumu ve aleksitimi puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda ortaöğretim mezunu bireylerin yüksek okul mezunu bireylere göre depresyon ve aleksitimi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur

Tablo 8: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	EĞİTİM DURUMU					
	Erkek Faktör	Ortaöğretim	Lise	Yüksekokul	df	f
BDE	14.0 ± 10.3	9.3 ± 6.2	8.0 ± 7.9	2	2.11	0.13
BAE	14.2 ± 13.4	7.2 ± 2.9	12.6 ± 10.6	2	1.47	0.24
TAÖ	10.2 ± 2.6	7.0 ± 3.2	8.7 ± 4.1	2	2.96	0.06
Kadın Faktör						
BDE	11.6 ± 5.0	7.7 ± 8.4	4.6 ± 4.9	2	4.91	0.01
BAE	13.4 ± 11.4	9.6 ± 13.3	7.5 ± 8.0	2	1.11	0.33
TAÖ	10.2 ± 3.6	8.5 ± 2.9	8.4 ± 4.1	2	0.93	0.40
Kontrol Grubu						
BDE	12.0 ± 11.4	11.4 ± 8.6	5.0 ± 3.9	2	3.20	0.05
BAE	7.0 ± 6.5	9.3 ± 6.3	13.3 ± 13.7	2	0.75	0.47
TAÖ	9.1 ± 3.6	7.0 ± 3.9	10.3 ± 3.7	2	3.98	0.02

Tukey HSD Post Hoc Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin meslek durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Erkek Faktör ve Kadın Faktör Grubunda meslek durumu ile BDE, BAE ve TAÖ ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$). Kontrol Grubunda meslek durumu ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Serbest meslek sahibi erkek bireylerin aleksitimi puan ortalamaları memur meslek sahibi erkek bireylere oranla yüksek bulunmuştur.

Tablo 9: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Meslek Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	MESLEK DURUMU					
	Erkek Faktör	İşçi	Memur	Serbest	df	f
BDE	12.8 ± 8.7	9.4 ± 8.0	10.2 ± 9.8	2	0.49	0.61
BAE	10.3 ± 7.8	12.4 ± 10.8	12.2 ± 12.8	2	0.13	0.87
TAÖ	9.0 ± 3.1	7.9 ± 3.9	9.7 ± 3.3	2	1.03	0.36
Kadın Faktör						
BDE	10.0 ± 5.7	7.2 ± 7.2	6.6 ± 6.2	2	0.64	0.53
BAE	12.8 ± 7.2	11.1 ± 11.2	6.6 ± 10.9	2	0.33	0.33
TAÖ	9.5 ± 4.1	8.2 ± 3.9	9.8 ± 3.2	2	0.87	0.42
Kontrol Grubu						
BDE	8.5 ± 9.4	8.0 ± 7.7	10.4 ± 9.5	2	0.32	0.72
BAE	10.1 ± 1.4	10.9 ± 1.3	10.8 ± 1.8	2	0.31	0.31
TAÖ	9.2 ± 0.6	7.7 ± 0.5	9.9 ± 0.5	2	3.32	0.04

Tukey HSD Post Hoc Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin gelir durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 10'da verilmiştir. Erkek Faktör Grubu'nda gelir durumuna göre BDE puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Düşük-orta gelir durumuna sahip bireylerin iyi-yüksek gelir durumunda olan bireylere göre depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 10: : Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	GELİR DURUMU		
	Erkek Faktör	Düşük-Orta	İyi-Yüksek
BDE	12.0 ± 9.0	5.6 ± 5.5	0.01
BAE	11.8 ± 10.8	11.8 ± 10.7	0.98
TAÖ	9.1 ± 3.7	7.9 ± 2.9	0.33
Kadın Faktör			
BDE	8.4 ± 6.9	5.0 ± 4.8	0.12
BAE	10.7 ± 11.4	7.5 ± 8.2	0.38
TAÖ	9.6 ± 3.6	7.3 ± 3.7	0.06
Kontrol Grubu			
BDE	10.2 ± 8.8	7.2 ± 8.2	0.29
BAE	11.6 ± 10.1	8.7 ± 10.1	0.38
TAÖ	9.1 ± 3.4	8.0 ± 4.6	0.42

T Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin sosyal güvence durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 11'de verilmiştir. Gruplarda sosyal güvence durumuna göre BDE ve BAE ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ($p > 0.05$), Kontrol Grubu'nda sosyal güvence ile TAÖ ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). SSK güvencesi olan bireylerin Emekli Sandığı güvencesi olanlara göre aleksitimi puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 11: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	SOSYAL GÜVENCE DURUMU					
	Erkek Faktör	SSK	BAĞ-KUR	Emekli Sandığı	df	f
BDE	12.7 ± 9.0	9.1 ± 9.6	10.0 ± 7.9	2	0.60	0.55
BAE	11.6 ± 8.8	12.5 ± 13.2	11.4 ± 10.3	2	0.04	0.95
TAÖ	10.0 ± 3.5	9.2 ± 3.0	7.6 ± 3.8	2	1.75	0.18
Kadın Faktör						
BDE	8.2 ± 6.1	7.5 ± 6.9	6.9 ± 6.9	2	0.12	0.88
BAE	11.3 ± 8.0	9.4 ± 13.3	10.0 ± 10.8	2	0.01	0.98
TAÖ	8.8 ± 3.8	11.1 ± 2.5	8.3 ± 3.9	2	1.87	0.16
Kontrol Grubu						
BDE	13.0 ± 11.5	6.1 ± 4.6	7.8 ± 7.5	2	1.52	0.23
BAE	10.8 ± 13.8	9.6 ± 9.1	9.2 ± 6.1	2	0.07	0.92
TAÖ	11.4 ± 4.3	9.6 ± 3.7	7.1 ± 3.8	2	3.39	0.04

Tukey HSD Post Hoc Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin beraber yaşadıkları bireylere göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir. Erkek bireylerin beraber yaşadıkları bireylere göre BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Beraber Yaşadıkları Bireylere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	KİMLERLE YAŞADIKLARI			
	Erkek Faktör	Eş	Eş ve aileler	p
BDE		10.7 ± 9.1	9.5 ± 7.4	0.74
BAE		12.1 ± 10.3	10.4 ± 13.1	0.70
TAÖ		8.9 ± 3.5	8.5 ± 4.0	0.81
Kadın Faktör				
BDE		7.7 ± 6.8	5.6 ± 4.6	0.50
BAE		9.8 ± 10.8	9.2 ± 9.8	0.89
TAÖ		8.7 ± 3.8	11.0 ± 2.6	0.20

T Testi

Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin maddi ve manevi destek durumlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 13'de verilmiştir. Erkek bireylerin maddi ve manevi destek durumlarına göre BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 13: Erkek Faktör, Kadın Faktör ve Kontrol Grubu'nda Araştırma Kapsamına Alınan Erkek Bireylerin Maddi ve Manevi Destek Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	MADDİ VE MANEVİ DESTEK DURUMU						
	Erkek Faktör	Var	Yetersiz	Yok	fd	f	p
BDE		7.8 ± 7.2	13.5 ± 7.7	13.4 ± 10.2	2	2.37	0.10
BAE		8.7 ± 8.9	17.0 ± 13.3	14.3 ± 11.3	2	2.10	0.13
TAÖ		8.9 ± 3.7	8.8 ± 3.7	8.8 ± 3.4	2	0.00	0.99
Kadın Faktör							
BDE		6.8 ± 8.3	9.0 ± 7.2	7.5 ± 5.1	2	0.23	0.79
BAE		9.7 ± 12.5	14.3 ± 13.5	8.5 ± 8.2	2	0.68	0.50
TAÖ		8.5 ± 3.9	9.6 ± 4.1	9.1 ± 3.6	2	0.21	0.80

Tukey HSD Post Hoc Testi

Yarı yapılandırılmış anket formunda, çocuk sahibi olamama sorununun hangi eşe ait olduğunu belirten 11. soruya verilen yanıtlar, hasta dosyalarındaki kesin tanı ile karşılaştırılarak incelendiğinde infertilite nedeni kendisi olan Erkek Faktör Grubundaki erkek bireylerin %55,8'inin soruya samimi yanıt verdiği, %44,2'sinin soruya samimi yanıt vermediği, Kadın Faktör Grubundaki bütün erkek bireylerin bu

sorunun cevabına samimi yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu sonucun yüzdelerik dağılımı Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: “Çocuk sahibi olamama sorunu hangi eşe ait?” Sorusuna Verilen Yanıtların Erkek Faktör Grubunda Dağılımı

Erkek Faktör Grup	n	%
11. soru; “Çocuk sahibi olamama sorununun hangi eşe ait”		
Doğru cevap verenler	24	(55,8)
Doğru cevap vermeyenler	19	(44,2)
Toplam	43	(100)

IV. TARTIŞMA

Bu araştırmada, primer infertilite nedeni ile infertilite kliniklerine başvuran çiftlerden, infertilite nedeni kendisi veya eşi olan erkek bireylerle rastgele seçilmiş sağlıklı, çocuğu olan erkek bireylerin psikolojik açıdan karşılaştırılması ve eşi ile birlikte tedavi sürecinde olan erkek bireylerin psikososyal durumunun diğer sosyal ve demografik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya alınan erkek bireylerin yaşları 24-45 arasında değişmiştir. Bütün katılımcıların genel yaş ortalaması 33,8 olarak saptanmıştır. Erkek Faktör Grubu'nun yaş ortalaması 33,8, Kadın Faktör Grubu'nun yaş ortalaması 34.1 olarak saptanmıştır. Kadınlarda yaşın ilerlemesiyle birlikte fertilitenin azaldığı genel olarak kabul edilmekle birlikte, erkekte yaşın fertiliteye etkisi halen tartışma konusudur. Erkek fertilitesi, 35 yaş dolayında en yüksek değerlere ulaşmakta ve 45 yaşından sonra hızlı bir düşüş göstermekle birlikte, 80'li yaşlarda bile baba olabilen erkekler bildirilmiştir (48). Gebelik oranı 25 yaşından genç erkeklerde %75 kadarken, 35 yaşından sonra %25'e iner (5).

Çalışmaya alınan erkek bireylerin evlilik süreleri 1 yıl ile 21 yıl arasında değişmektedir. Erkek Faktör Grubu'nda ortalama evlilik süresi 6,6 yıl, Kadın Faktör Grubu'nda ortalama evlilik süresi 6,7 yıl olarak bulunmuştur. Kontrol Grubu'nda ise ortalama evlilik süresi 8,5 yıl olarak bulunmuştur.

Litaratür bilgileri, fertilitate şansının evlilik süresine bağlı olarak arttığını göstermektedir. Evliliğin ilk ayında fertilitate şansı %25, altıncı ayda %65, dokuzuncu ayda %75 ve onikinci ayda %80'dir (49).

Çalışmamızda Erkek Faktör Grubu'nun %37,2'sinin ortaöğretim, % 25,6'sının lise, %37,2'sinin yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadın Faktör Grubu'nun %28,6'sının ortaöğretim, %26,2'sinin lise, %45,2'sinin yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Kontrol Grubu'nda ise %30,0'unun ortaöğretim, %30,0'unun lise, %40,0'ının yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak çalışmamızda anlamlı olmamakla birlikte bulgularımız NSFG'nin (National Survey of Family Growth-Ulusal Aile Gelişimi Yoklaması) 1995 verilerini desteklemektedir. NSFG'nin 1995 verilerine göre infertilite polikliniklerine başvuran hastalar eğitim ve ekonomik düzeyleri yüksek olan hastalardır (50). Eğitim seviyesinin artması ile bireyler yardımcı üreme teknikleri ünitelerine daha bilinçli ve rahat başvurabilmektedirler.

Çalışmamızda Erkek Faktör Grubu'nda %37,2, Kadın faktör Grubu'nda %56,0, Kontrol Grubu'nda ise %54,5 Emekli Sandığı'na bağlı olduğu saptanmıştır. İnfertilitede uygulanan tedavi yöntemleri pahalı yöntemlerdir. Sosyal güvencesinin olması, gelir düzeyi yüksek olmayan bireylerin tedavi sürecine katılmalarında destek faktör olduğu düşünülebilir. Buna karşılık SSK sağlık güvencesi olan bireylerin İnfertilite tedavisinde uygulanan bazı tetkikleri sağlık güvencesi ile yaptıramaması, psikolojik etkilenime neden olabilir. Maliye Bakanlığı'nın Bütçe Uygulama Talimatı ile, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kartlı hastaların tüp bebek yöntemiyle çocuk sahibi olmak için alacakları tedavi giderlerinin üç defaya özgü olmak üzere devlet tarafından karşılanmaya başlanması, infertil çiftlerin tedavi şansını arttırarak, tedavi sürecindeki psikolojisini pozitif yönde etkileyebilir. Bu durum hiç değilse çiftlerin, özelliklede erkek bireylerin ekonomik açıdan üzerlerinde olan baskıyı azaltarak psikolojik destek sağlayacağı görüşünderiz.

Çalışmamızda Erkek Faktör Grubu'nda ortalama infertilite süresi 6,1 yıl, Kadın Faktör Grubu'nda ortalama infertilite süresi 5,6 yıl olarak bulunmuştur. Genel infertilite süreleri 1 yıl ile 20 yıl arasında değişmektedir. Bireylerin infertilite tedavisi görme süreleriyle infertilitenin yarattığı olumsuz duygular incelendiğinde infertilite süreleri 11 yıl ve üstü olanların 1-10 yıl arası süredir infertilite tedavisi görenlerden istatistiksel olarak anlamlı bir farkla evliliklerini boş ve anlamsız hissettikleri ve daha çok çocuksuz ailelerle ilişki içinde oldukları belirlenmiştir (16).

Çalışmamızda tedavi almakta olan erkek bireylerin genel infertilite tedavi süreleri 1 yıl ile 20 yıl arasında değişmektedir. Erkek Faktör Grubu'nda ortalama infertilite tedavi süresi 4,0 yıl Kadın Faktör Grubu'nda ortalama infertilite tedavi süresi 3,8 yıl olarak bulunmuştur. İnfertilite konusunda çalışanlar, 1 seneden 20 seneye kadar değişebilen zaman dilimleri içinde pek çok bebeksiz ailenin çocuk için hekime başvurduğunu bildirmektedirler. Öte yandan bir islam ülkesinde yaşadığımızdan pek çok konuda olduğu gibi infertilite ve fertilitte durumları kadercilikle açıklanmakta ve kabul edilmektedir (51). Bizim çalışmamızda infertilite tedavi sürelerinin uzamasının ve sayısının azlığının nedenleri, çiftlerin infertilite problemlerini kadercilikle bağdaştırmaları, ekonomik nedenler, infertilite tedavisinin düşük başarı şansının olması, prosedürlerin rahatsızlık verici ve zaman alıcı olması olarak düşünülebilir.

Ayrıca son yıllara kadar özellikle infertilite tedavisi için başvuru alan kliniklerin azlığı ve halkın infertilite tedavisi konusunda yeterli bilgisinin olmaması, tüp bebek ünitelerine başvurmada çekingenliğe ve ihmale neden olabilir.

Aile çevresi ve arkadaşların iyi niyetli ısrarlarının yanında, aile büyükleri hele de aynı evde oturuyorlarsa, özellikle kadın için sorun oluşturacak düzeyde baskıcı olabilmektedirler (24). İnfertilite tedavisi alan çiftler üzerinde yapılan çalışmalarda bizim bulgularımızı destekleyen sonuçlar bulunmuş, infertil çiftlerin çoğunun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirtilmiştir (52,53). Bizim çalışmamızda, Erkek Faktör Grubu'ndaki kişilerin % 83,7'sinin, Kadın Faktör Grubu'ndaki kişilerin %88,1'inin evlerinde eşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. İnfertilite tedavisi almakta olan çiftlerin çoğunun çekirdek aile yapısında olması, aile büyüklerinin baskısını yaşamak istemediklerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Erkek Faktör Grubu'nda %51,1 sinin, Kadın Faktör Grubu'nun %50,0 sinin maddi ve manevi destek durumu olduğu saptanmıştır. Bizim bulgularımızı destekleyen bir çalışmada, infertil çiftler kendi çocuklarına sahip olabilmeleri için bu şanslarını kullanmaları gerektiği konusunda çevrelerinden sosyal destek aldıklarını ifade etmişlerdir (54). Başka bir çalışmada, bireylerin infertilite ile ilgili sorunlarını büyük ölçüde eşleriyle %51 ve aileleriyle %15,7 paylaştıkları görülmüştür (16). İnfertil çiftlerin, çevrenin beklentileri doğrultusunda kendilerini yetersiz olarak görmeleri, toplum baskısını yaşamak istememeleri, duygularını ve düşüncelerini diğer insanlarla paylaşmak istemelerine engel olabilir. Bu durum çevreden beklenen sosyal desteğin yetersizliğine neden olabilir.

Bizim çalışmamızda Erkek ve Kadın Faktör Grubu'ndaki erkek bireyler ailede çocuk gereksinimini yüksek düzeyde duygusal gereksinim olarak belirtirken, diğer neden olarak evlilik ve neslin devamı olarak belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar, bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, ailede çocuğun kesinlikle gerekli olduğu, çocuk sevgisini tatma, neslin devamı, ailenin mutluluğu gibi psikolojik değerlerin önemli olduğu saptanmıştır (21,52,55). Toplumumuzda daha çok kırsal kesimlerde çocuğun önemi neslin devamı olarak düşünülse de, bir çok çift için çocuğun anlamının annelik ve babalık duygusu tatmak olduğu görüşündeyiz.

Çalışmamızda tedavi almakta olan bütün çiftlerden erkek bireylerle, Kontrol Grubu'ndaki erkek bireyler arasındaki BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca, Erkek Faktör Grubu,

Kadın Faktör Grubu ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireyler ile BDE, BAE ve TAÖ ölçeklerinin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İnfertil hastalarda depresyon, evlilik güçlüklerine ve kişinin yaşam kalitesinin azalmasına neden olan ciddi bir psikopatolojidir (56). Nachtigall ve ark.'nın (57) 36 infertilite sorunu olan çiftle yaptıkları çalışmada, erkekler arasında infertilite nedeni erkek faktörü olan grupta olumsuz duygusal tepkilerin, diğer gruptaki erkeklerden daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Bizim çalışmamızda Erkek Faktör ve Kadın Faktör Grubu'ndaki erkek bireylerin depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, Erkek Faktör Grubu'ndaki erkek bireylerin depresyon puan ortalaması(10.5), Kadın Faktör Grubu'ndaki erkek bireylerin puan ortalamasından (7.4) yüksek bulunmuştur. Kutluk'un (58) çalışması bizim çalışma sonucumuzu desteklemektedir, çalışmaya göre çiftlerde infertiliteden sorumlu tarafın ister kadın ister erkek olsun eşine oranla daha fazla depresif, daha çok benlik saygısına sahip olma eğilimi gösterdiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada, bizim çalışmamızla benzer sonuç bulunmuş, infertilite nedeni erkek olan erkek bireylerin depresyon puan ortalaması, infertilite nedeni kadın olan erkek bireylerin depresyon puan ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum infertilite nedeninin kendisinde olduğu belirlenen kişinin suçluluk duygusu içinde olmasına bağlı olabilir.

IVF tedavisi öncesi ve tedavi sonrası alınan danışmanlık hizmetinin infertil çiftlerin, anksiyete ve depresyon skorlarında önemli etken olmadığı gösterilmiştir (59). Yardımcı Üreme Teknikleri ünitesine başvuran infertil çiftlerin danışmanlık öncesi yüksek bulunan anksiyete ve depresyon düzeylerinin danışmanlık sonrası düştüğü gösterilmiştir (39). Bizim çalışmamızda, gruplar arasında anksiyete skorlarında önemli bir fark bulunmamıştır, eşleri ile birlikte tedavi almakta olan erkek bireylerin, tedavi sürecinde danışmanlık alma durumunun incelenmemesinin araştırmamızın zayıf taraflarından biri olduğu görüşündeyiz.

Yapılan bir çalışmada, ICSI (İntrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu) tedavisi almakta olan infertil erkeklerin stres düzeyleri IVF tedavisi gören eşi infertil olan erkek bireylere oranla yüksek bulunmuştur (60). Bizim çalışmamızda, bireylerin anksiyete düzeylerinin düşük olmasının nedeni tedaviye başlamadan önce Yardımcı Tedavi Ünitesi'ndeki ekip tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilmeleri olabilir. Ayrıca anksiyete düzeyinin yüksek olmaması, erkeklerin tedavi sürecinde eşlerine kıyasla işlemlere daha az maruz kalması olabilir. IVF tedavisinde her siklus için en

iyi şartlarda başarı şansı %25-30'dur (47). Bizim çalışmamızda anksiyete düzeyinin düşük olması, erkek bireylerin tedaviden beklentilerinin yüksek olmamasından ve kadere inanan bir toplum olmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

Aleksitimi, kadınlara göre erkeklerde daha fazla görülmektedir (61,62). Conrad ve ark.'nın (14) 96 sağlıklı erkek ve 84 infertil erkek arasında yaptığı analizde infertil erkeklerde, sağlıklı erkeklere oranla yüksek derecede aleksitimik skorlar ortaya çıkmıştır.Yapılan çalışmalar bizim bulgularımızla uyumlu değildir, bizim çalışmamızda gruplar arasında aleksitimi skorları arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızın, diğer çalışmalarla uyumlu olmaması, türk toplum yapı ve özelliklerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda eşile birlikte tedavi sürecinde olan erkek bireylerin yaş ve depresyon puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuç yaş arttıkça depresyon skorlarında azalma oluyor şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla uyumlu olmayıp, yaş ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (53,54,58,63). Türkoğlu'nun (64) infertil kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, infertilite grubunda anksiyete ve depresyon düzeylerinin ileri yaşta arttığı saptanmıştır. Çocuk sahibi olma umudunun kadın bireyler için azalırken, aynı kaygının erkek bireyler için geçerli olmadığı, erkeklerin yaş ilerledikçe bu durumu daha çok kabullenme durumunda olabilecekleri görüşündeyiz.

Bizim çalışmamızda Hasta ve Kontrol Grubu'nun ikisinde de en uzun süre yaşanan yer ile BDE, BAE ve TAÖ puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmazken, Gruplar arasında yapılan Tukey HSD testinde Erkek Faktör Grubunda, ilçe ve köylerde uzun süre yaşamış bireylerin illerde yaşamış bireylere oranla depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bozkurt'un (54) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın tersine, kırsal ve kentsel kökenli olmayla psikopatoloji gelişimi açısından bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, kırsal kesimde insan ilişkilerinin daha yakın olması, toplum ve yakın çevrenin baskısının kırsal bölgelerde daha fazla olduğunu bize düşündürmektedir.

Çalışmamızda Hasta Grubunda eğitim durumu ile depresyon ve aleksitimi puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda yapılan Tukey HSD testine göre Kadın Faktör Grubunda eğitim durumu düşük bireylerin depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça depresyon ve aleksitimi skorunda azalma olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızda Kontrol Grubu'nda eğitim durumu ile TAÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki

saptanmıştır. Çalışmamızda yapılan Tukey HSD testine göre Kontrol Grubunda eğitim düzeyi düşük bireylerin aleksitimi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça aleksitimi skorunda azalma oluyor şeklinde yorumlanmıştır. Kauhanen ve arkadaşlarının (65) yaptığı çalışma bizim bulgumuzu destekler nitelikte olup çalışmada, erkeklerin eğitim düzeyi arttıkça daha az aleksitimik olma eğiliminde oldukları bildirilmiştir. Aleksitimi ile değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya göre, düşük eğitim seviyesi ile aleksitimi arasında negatif ilişki olduğunu göstermiştir(66). Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin kendi duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin daha kolay olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda Tukey HSD testine göre, Kontrol Grubunda SSK sosyal güvencesi olan işçi bireylerin Emekli Sandığı sosyal güvencesi olan memur bireylere kıyasla aleksitimi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Memurların infertilite tedavi giderlerinin kurumları tarafından karşılanıyor olması bireylerin tedavi şanslarını tekrar kullanmalarına ve tedavi sürecinde kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğu söylenebilir.

İnfertilite tetkikleri ve tedavisi, hem sayı olarak fazla hem de çok pahalı tetkiklerdir (51). Günümüz ekonomik koşullarında yetersiz gelir seviyesi, depresyon ve düşük benlik saygısı, olumsuz duygusal tepkilere neden olabilecek faktörlerdir (58). Çalışmamızda Hasta grubunda, gelir durumu ile depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda yapılan Tukey HSD testine göre Erkek Faktör Grubunda gelir durumu düşük-orta olan bireylerin depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bu durum gelir düzeyi yükseldikçe depresyon skorlarında azalma oluyor şeklinde yorumlanmıştır. İnfertil çiftler üzerine yapılan başka bir çalışma bizim çalışmamızla uyumlu olup, çalışmada gelir durumu ile depresyon skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (54). Ekonomik koşulların yeterli olması, infertilite tedavisinin istenildiği kadar tekrarlama şansını arttıracığı için kişilerde daha az psikolojik etkilenimine neden olabilir.

Bizim çalışmamızda Hasta Grubu ve Kontrol Grubu'ndaki erkek bireylerin yaş, en uzun yaşanan yer, eğitim durumu, gelir düzeyi, evlilik süresi ile anksiyete skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve medeni durum değişkenlerinin anksiyete oluşumunda bir etken olmadığı saptanmıştır (45).

Çalışmamızda tedavi almakta olan erkek ve kadın faktörlü erkek bireylerin infertilite süresi, infertilite tedavi süresi ve infertilite tedavi sayısı ile ölçüklerin

puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Chiba ve ark.'nın (67) 107 kadın ile yaptığı çalışmada infertilite tedavi süresi ile depresyon puanları arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bozkurt'un (54) kadınlarda yaptığı çalışmada infertilite ve tedavi süresi uzadıkça ruhsal belirtilerde ve depresyon skorlarında artış olduğu belirtilmiştir. Erkek bireylerin infertilite süresi ve infertilite tedavi süresi arttıkça bu durumu kabullenmeye çalıştıkları düşünülebilir.

Bir çok kültürde infertilite ile ilgili testler açıkça erkek faktörünün varlığını gösterse de suçlanan kadındır (4). Çalışmamızda, bireylerin "Çocuk sahibi olamama sorunu hangi eşe ait?" sorusuna verdiği cevaplar, sadece erkek faktör grubundaki hastaların dosyalarındaki kesin tanı ile karşılaştırılmıştır, çıkan sonuçta erkek bireylerin yaklaşık yarısının soruya samimi yanıt vermedikleri gösterilmiş ve suçlu eşlerine yükledikleri saptanmıştır.

V. SONUÇ ve ÖNERİLER

Akdeniz Üniveritesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nde, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerden erkekler ve Kontrol Grubundaki erkekler arasında depresyon, anksiyete ve aleksitimi puan ortalamalarının farklı olabileceği yönündeki hipotezimiz test edilmiştir.

Bu araştırmanın sonucunda, tedavi süresindeki erkek bireylerde tedavi sürecinde olmaya bağlı psikolojik etkilenim saptanmakla birlikte, tedavi sürecinde psikolojik problemleri arttıran nedenlerin bireylerin ekonomik ve eğitim durumlarındaki değişiklikler olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın önemli sonuçlarından biriside, erkek bireylerin infertilite problemlerini kabul etmedikleri, eşlerini suçladıkları olarak ortaya çıkmıştır.

Tedavi sürecinde olan infertil erkek bireylerin, infertilite nedenlerine göre psikososyal açıdan tekrar değerlendirmeye alınması önerilmektedir.

Tedavi sürecinde olan çiftlerin, seksüel disfonksiyon ve aile ilişkilerinin etkilenme durumunu değerlendiren çalışmalar yapılması önerilir.

İnfertil çiftlerin, danışmanlık hizmeti alma durumu, infertilite ve tedavi sürecinde uygulanan tedaviler konusunda bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan çalışmalar yapılabilir.

İnfertilite tedavi ünitelerinde infertil çiftlere, rehber, eğitici ve danışman rolünde uzman kişilerin bulunması önerilmektedir. Uzman danışmanların tedavi sürecinde bireylerin sorunlarını anlamada ve baş etmelerine yardımcı olmalarında destek olacağı görüşündeyiz.

Tedavi sürecindeki bireyler için, tedavi ünitelerinde uzman danışman liderliğinde duygularını ifade edebilecekleri ve tartışabilecekleri sosyal destek grupları oluşturulması, seanslar düzenlenmesi önerilir.

Tedavi sürecindeki bireylere, tedavinin maliyeti, riskleri, başarı şansı onların anlayabilecekleri şekilde açıklanması veya bu konuda bilgilendirmek üzere broşürler hazırlanması önerilir.

Ailede çocuğun gerekliliğine inanan ve çocuk sahibi olamayan çiftler için, evlat edinme gibi alternatif yöntemler konusunda destek olunması önerilmektedir.

Tedavi sürecinde, psikolojik etkilenimi azaltmak için, ekip tarafından infertil çiftlerin, maddi ve manevi destek faktörlerinin harekete geçirilmesi önerilmektedir.

VI. KAYNAKLAR

1. Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*. **54(4)**: 353-355
2. Kurçer M.A., Eğri M., Genç M., Pehlivan E. (1999). İnfertil kadınların geleneksel halk kısırlık tedavileri konusundaki davranışları ve etkileyen faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. **6(4)**: 329-332
3. Aytekin F., Korkut F., Görpelioğlu S., Soyel N. (1995). Psikiyatrik açıdan infertilite. *Psychomed*. **1(4)**: 139-140
4. Rainsbury P.A., Viniker D.A. (1998). *Üreme Tıbbına Pratik Yaklaşımlar*. Atlas Kitapçılık. Ankara. s:279-291,293-299
5. Atasü T., Şahmay S. (1996). *Jinekoloji- Kadın Hastalıkları*. s: 467-506
6. Üner M. (1996). *Kadın Hastalıkları*. Palme Yayınevi. Ankara. s: 222-259
7. Taşkın L.(2000). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (4.Baskı). Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara. s: 446-449
8. Çoşkun A.(1996). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. (1.Baskı). Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul. s: 144-159
9. Özkan S. (1993). *Kadın Hastalıkları ve Doğum'un Psikiyatrik Yönleri*. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. s: 217-220
10. Ergür A.R. (1998). İnfertilite Tedavisinde Bugün. *Actual Medicine*. **6(7)**: 37-44
11. Bağış T., Kılıcıdağ E., Tarım E., Gökçel A., Haydardedeoğlu B. (2001). İnfertilite Nedenleri ve Tedavi Sonuçları: 119 İnfertil Hastanın Klinik Değerlendirmesi. *Türk Fertilite Dergisi*. **9(3)**: 215-225
12. Türkoğlu D., Tamam L., Evlice Y.E. (1997). Kısırlığın psikiyatrik yönleri. *Düşünen Adam*. 10(4): **48-55**
13. Erbenği T.(Ed). (1991). *Erkek İnfertilitesi*. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Bilim Dalı. İstanbul. s: 71-77
14. Conrad R., Schilling G., Langenbuch M., Haidl G., Liedtke R. (2001). Psychology and Counselling. Alexithymia in Infertile Men. *Human Reproduction*. **16(3)**: 587-592

15. Mahlsted P.P. (1985). Psychological of infertility. *Fertility and Sterility*. **43**: 335-346
16. Akyüz A., İnanç N., Papuçcu R. (1999). İn Vitro Fertilizasyon Ünitesinde eşlere yönelik hemşirelik faaliyetlerinin planlanmasında temel alınacak deneyim ve gereksinimlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. **41(1)**: 37-45
17. Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K H. (2003). Examining the congruence between partners perceived infertility-related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile couples. *Fam. Process*. **42(1)**: 59-70
18. Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. (2001). Psychology and counseling. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*. **16(8)**: 1762-1767
19. Guz H., Ozkan A., Sarısoy G., Yanık F., Yanık A. (2003). Psycihiatric Symptoms in Turkish İnfertile Women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. **24(4)**: 267
20. Karabiber N. (1987). İnfertil Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
21. Yanık (Kazanç) A. (1998). İnfertil Kadınlarda Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
22. Pernoll M.L.(Ed). (1991). *Current: Obstetric & Gynecologic, Diagnosis & Treatment*. (7.Baskı). Printed in the United States of America. 1025-1035
23. Dhillon R., Cumming C.E., Cumming D.C. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*. **74(4)**:702-706
24. Yıldırım A., Hassa H. (1995). İnfertilite Danışmanlığı. *Türk Fertilité Dergisi*. **3(1)**: 71-74
25. Pook M., Rohrle B., Tuschen -Caffier B., Krause W. (2001). Why do infertile males use psychological couple counselling? *Patient Education and Counseling* **42(3)**: 239-245
26. Pook M., Krause W., Drescher S. (2002). Distres of infertile males after fertility workup a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. **53(6)**: 1147-1152
27. Rabinson G.E., Stewart D.E. (1996). The Psychological İmpact of İnfertilty and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*. **4(3)**: 168-172
28. Pook M., Tuschen-Caffier B., Krause W. (2004). İs infertility a risk factor for impaired male fertility. *Human Reproduction*. **19(4)**: 954-959

29. Clarke R.N., Klock S.C., Geoghegan A., Travassos D.E. (1999). Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Human Reproduction*. **14(3)**: 753-758
30. Yıldırım M. (2000). *Klinik İnfertilite. (2.Baskı)*. Ankara. s: 299-304
31. Terzioğlu F. (2001). Yardımcı Üreme Tekniklerine (YÜT) başvuran çiftlerin yaşadıkları sorunların ve YÜT'e ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*. **7(6)**: 843-848
32. Reis N., Dane Ş. (1996). Tüp Bebek ve Hemşirenin Rolü. *Sendrom*. **8(5)**: 53-55
33. Collins A., Feeman E.W., Boxer A.S., Tureck R. (1992). Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*. **57(2)**: 350-356
34. Bevilacqua K., Barad D., Youchah J., Witt B. (2000). Is affect associated with infertility treatment outcome? *Fertil Steril*. **73(3)**: 648-649
35. Nasser M. (2000). Cultural Similarities in Psychological Reactions to Infertility. *Psychological Reports*. **86(2)**: 375-378
36. Siva N.A. (1991). İnfertilite'de Stresle Başetme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Nöroloji Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara
37. Daniels K.R. (1989). Psychosocial factors for couples awaiting in vitro fertilization. *Social Work in Health Care*. **14(2)**: 81-98
38. Franco J.G., Baruffi R.L., Mauri A.L., Petersen C.G., Felipe V., Garbellini E. (2002). Psychological evaluation test for infertile couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. **19(6)**: 269-273
39. Terzioğlu F. (1999). Yardımcı Üreme Tekniklerine Katılan Çiftlere Verilen Danışmanlık Hizmetinin Etkinliğinin İncelenmesi. *Optimal Tıp Dergisi*. **12(2)**: 37-48
40. Sherrod R.A. (2004). Understanding the Emotional Aspect of Infertility: Implications for Nursing Practice. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. **42(3)**: 40
41. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. Guilford.
42. Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. **6(22)**: 118-126

43. Tegin B. (1987). "Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre Bir İnceleme". Psikoloji Dergisi. IV. Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı. Eylül 6 (21):116-123.
44. Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6): 893-897
45. Gümüş A.M. (1995). Beck Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
46. Koçak R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 35(1-2): 183-212
47. Dereboy F. (1990). Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.
48. Hornstein M.D., Schust D. (1998). İnfertilite. İn: Erk A.(Ed). *Novak Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri.
49. Arısan K. (1993). *Kadın Hastalıkları*. Celtüt Matbaacılık. İstanbul.
50. Stephen E.H., Chandra A. (2000). Use of Infertility Services in the United States: 1995 Family Planning Perspectives. 32(3): 132-137
51. Yıldırım M. (1994). Kronik İnfertilite. *Türk Fertilité Dergisi*. 2: 15-24
52. Kızılkaya N. (1987). İnfertil Çiftlerin Bilgileri, Uygulamaları ve İnfertilitenin Psiko-sosyal Değerlendirmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
53. Ak G. (2001). İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir
54. Bozkurt O. (2001). İnfertilite ve Tedavi Sürecinin Psikiyatrik Etkileri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İstanbul
55. Güçsavaş N. (1986). İnfertilitenin Eşlere Getirdiği Sorunların ve Bu Konudaki Hemşire Rolünün Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi. Ankara
56. Tezcan E., Yücel N., Yücel O. (1996). İnfertil Kadınlarda Depresyon Prevalansı. *Türk Fertilité Dergisi*. 4(1): 86-90

57. Nachtigall R.D., Becker G., Wozny M. (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril.* **57(1)**:113-21
58. Kutluk Ş. (1994). Farklı Nedenlerle Çocuk Sahibi Olamayan Kadın ve Erkeklerin Depresyon ve Benlik Saygısı Bakımından Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Anabilimler Dalı Yüksek Lisans tezi. Ankara
59. Emery M., Beran M.D, Darwisher L., Oppizzy L., et al. (2003). Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effect of routine pre-IVF counseling. *Human Reproduction.* **18(12)**: 2647-2653
60. Boivin J., Shoog-Svanberg A., Andersson L., Hjelmstedt A., Bergh T., Collins A. (1998). Stress level in men undergoing intracytoplasmic sperm injection (ICSI) versus in vitro fertilisation (IVF). *Human Reproduction.* **13**: 1403-1406.
61. Dereboy F. (1990). Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi.* **1**: 157-166
62. Taylor G.J., Bagby R.M., Ryan D.P., Parker J.D., Doody K.F., Keefe P. (1988). Criterion validity of the toronto alexithymia scale. *Psychosom Med.* **50(5)**: 500-509
63. Domar A., Broome A., Zuttermeister P., Seibel M., Friedman R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility.* **58**:1158-1163.
64. Türkoğlu D. (1997). İnfertilitenin Psikososyal Yönü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana
65. Kauhanen J., Kaplan G.A., Julkunen J., Wilson T.W., Salonen J.T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comp. Psychiatry.* **34**: 330-335
66. Kirmayer L.J., Robbins J.M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics.* **34(1)**: 41-52
67. Chiba H., Mori E., Morioka Y., Kashiwakura M., Nadaoka T. Et al. (1997). Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest.* **43(3)**: 171-17

VII. EKLER

7.1. EK 1: ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA BELGELERİ

Ek 1 Form 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı

Yapılan bu araştırmanın adı “ İnfertil çiftlerde, infertilite tedavisi esnesında erkeklerdeki psikososyal durumun incelenmesi” dir.

Kısırlık nedeni ile tedavi için başvuru alan çiftlerde, tedaviye bağlı psikolojik sıkıntılarının yaşanması sık görülen bir durumdur. Bu araştırmada, kısırlık nedeni ile tüp bebek kliniklerine başvuru alan çiftlerden, erkeklerde psikososyal durumun incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmayla, kısırlık nedeni ile kliniklere başvuru alan çiftlerin psikolojik danışmanlık gereksinimine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Bu araştırmada, katılımcı ile ilgili bilgileri değerlendirmek amacıyla hazırlanmış anket formu ve psikososyal durumun değerlendirilmesi amacı ile üç ölçek kullanılacaktır. Katılımınızla gerçekleştirilecek olan bu çalışma, kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda ve eğitim için kullanılabilir. Bilimsel amaçlar dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Sizden alınan bilgiler ve kayıtlar gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bilgileri okuyup anladıktan sonra, eğer araştırmaya katılmak isterseniz, formu imzalayınız. Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Nilüfer Tok

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sayın Nilüfer Tok tarafından, Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Üremeye Yardımcı Tedavi Ünitesi'nde yapılan bu araştırma ile ilgili gerekli bilgiler bana yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait tüm bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının, eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma konusunda bana yapılan açıklamaları, ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜNÜN;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

ARAŞTIRMACININ;

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Ek 1 Form 2: Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Çalışmanın adı: “İnfertil çiftlerde, infertilite tedavisi esnasında erkeklerdeki psikososyal durumun incelenmesi”

Hasta no:

Tarih:

1. Adı-soyad: (Belirtmek şart değil):

2. Yaş:

3. Doğum yeri:

4. En uzun süre yaşadığınız yer: 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy ()

5. Şu anda yaşadığınız yerin adresi/tel:

6. Eğitim Durumu:

1. İlkokul () 3. Lise ()

2. Ortaokul () 4. Yüksek ()

7. Mesleğiniz:

1. İşçi () 3. Serbest ()

2. Memur () 4. Diğer ()

(Belirtilecek)

8. Gelir Durumu:

1. Kötü () 3. İyi ()

2. Orta () 4. Çok iyi ()

9. Sosyal Güvence:

1. Özel Sigorta ()

2. SSK ()

3. BAĞ-KUR ()

4. Emekli Sandığı ()

5. Sosyal Güvence Yok ()

10. Kaç yıldır evlisiniz?.....

11. Çocuk sahibi olamama sorunu hangi eşe ait : (Kontrol gurubu ise görüşmeyi bitir)

1. Kadın () 3. Her iki eşe ait ()

2. Erkek () 4. Nedeni belirsiz ()

12. İnfertilite süresi:.....

13. İnfertilite tedavi süresi:.....

14. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

1. Eşimle birlikte ()

2. Eşim ve eşimin ailesiyle birlikte ()

3. Eşim ve kendi ailemle birlikte ()

15. Bu sorunun çözümünde aile ve çevredeki insanlardan destek gördünüz mü?

1. Var () 2. Yetersiz () 3. Yok ()

16. Sizce ailenin bir çocuğunun olması gereklidir?

1. Evet () 2. Hayır ()

17. Sizce ailede çocuk neden gereklidir?

1. Evliliği sürdürmede ()

2. Neslin devamı için ()

3. Duygusal gereksinim için ()

4. Diğer(belirtilecek) ()

18. 11. soruya samimi yanıt verilmiş mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

Ek 1 Form 3: Beck Depresyon Envanteri (1978 Formu)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz

1.

- (1) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- (2) Kendimi üzgün hissediyorum.
- (3) Her zaman için üzgünüm kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
- (4) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2

- (1) Gelecekte umutsuz değilim.
- (2) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
- (3) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
- (4) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3

- (1) Kendimi başarısız görmüyorum.
- (2) Çevremdeki birçok kişiden fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- (3) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
- (4) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4

- (1) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- (2) Her şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
- (3) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- (4) Bana zevk veren hiçbir şey yok.

5

- (1) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- (2) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- (3) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- (4) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6

- (1) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
- (2) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
- (3) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (4) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7

- (1) Kendimden hoşnudum.
- (2) Kendimden pek hoşnut değilim.
- (3) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- (4) Kendimden nefret ediyorum.

8

- (1) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
- (2) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- (3) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
- (4) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9

- (1) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (2) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamıyorum.
- (3) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
- (4) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10

- (1) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
- (2) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
- (3) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
- (4) Eskiden ağlayabilirdim,ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11

- (1) Her zamankinden daha sinirli değilim.
- (2) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
- (3) Çoğu zaman sinirliyim.
- (4) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12

- (1) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
- (2) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
- (3) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.

(4) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13

(1) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.

(2) Bu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.

(3) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

(4) Artık hiç karar veremiyorum.

14

(1) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.

(2) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.

(3) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.

(4) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15

(1) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

(2) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.

(3) Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok fazla zorluyorum.

(4) Hiçbir iş yapamıyorum.

16

(1) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.

(2) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.

(3) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.

(4) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve uyuyamıyorum

17

(1) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanıyorum.

(2) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.

(3) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.

(4) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18

(1) İştahım eskisinden pek farklı değil.

(2) İştahım eskisi kadar iyi değil.

(3) Şu sıralarda iştahım epey kötü.

(4) Artık hiç iştahım yok.

19

- (1) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğim söylenemez.
- (2) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- (3) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- (4) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilo verdim.

20

- (1) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- (2) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu,kabızlık gibi sorunlarım var.
- (3) Ağrı, sızı, gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- (4) Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21

- (1) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- (2) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- (3) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- (4) Artık, cinsellikle bir ilgim kalmadı.

Ek 1 Form 4: Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x)işareti koyarak belirleyiniz.

- 0.Hiç
1.Hafif derecede
2.Orta derecede
3.Ciddi derecede

S izi ne kadar rahatsız etti
Hiç Hafif Orta Ciddi

1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2.Sıcak / ateş basmaları	0	1	2	3
3.Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4.Gevşeyememe	0	1	2	3
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6.Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7.Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8.Dengeyi kaybetme korkusu	0	1	2	3
9.Dehşete kapılma	0	1	2	3
10.Sinirlilik	0	1	2	3
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12.Ellerde titreme	0	1	2	3
13.Titreklik	0	1	2	3
14.Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15.Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16.Ölüm korkusu	0	1	2	3
17.Korkuya kapılma	0	1	2	3
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19.Baygınlık	0	1	2	3
20.Yüzün kızarması	0	1	2	3
21.Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0	1	2	3

Ek 1 Form 5: Toronoto Aleksitimi Ölçeği

	(1)	(2)
1. Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	Evet	Hayır
2. Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	Evet	Hayır
3. Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	Evet	Hayır
4. Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilmem	Evet	Hayır
5. Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	Evet	Hayır
6. Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	Evet	Hayır
7. Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.	Evet	Hayır
8. Duygularını tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur.	Evet	Hayır
9. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	Evet	Hayır
10. Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki: doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.	Evet	Hayır
11. Benim için, yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.	Evet	Hayır
12. Duygularını kolayca anlatabilirim.	Evet	Hayır
13. Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi tercih ederim.	Evet	Hayır
14. Sinirim bozuk olduğunda, üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğunu bilmem.	Evet	Hayır
15. Hayat gücümü bolca kullanırım.	Evet	Hayır
16. Yapacak başka bir şeyin olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	Evet	Hayır
17. Bedenimde şaşırtıcı hisler duyduğum olur.	Evet	Hayır
18. Pek hayal kurmam.	Evet	Hayır
19. Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim.	Evet	Hayır
20. Tam olarak anlayamadığım duygularım var.	Evet	Hayır
21. İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.	Evet	Hayır
22. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur.	Evet	Hayır
23. Tanıdıklarım, duygularımdan daha çok söz etmemi ister.	Evet	Hayır
24. İnsan, olayların derinine inmelidir.	Evet	Hayır
25. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	Evet	Hayır
26. Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam.	Evet	Hayır