



**T.C.**

**MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ**

**TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**İNERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA  
PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Faruk KURHAN**

**RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU**

**HATAY – 2016**

**T.C.**  
**MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**İNFERİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA  
PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Faruk KURHAN**  
**RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU**

# TEZ ONAY SAYFASI

T.C.  
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

## İNFERİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

**Dr. Faruk KURHAN**

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

Prof.Dr. Yusuf ÖNLEN  
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Mustafa ARI  
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Yard.Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU  
Tez Danışmanı

### TEZ JÜRİSİ:

- Doç. Dr. Mustafa ARI
- Doç.Dr. Osman VIRIT
- Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	I
TABLO LİSTESİ .....	III
KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ .....	IV
İTHAF .....	V
TEŞEKKÜR .....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT .....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İnfertilite .....	4
2.1.1. Tanım .....	4
2.1.2. Tarihçe .....	7
2.1.3. Epidemiyoloji.....	8
2.1.4. Etiyoloji.....	10
2.2. Kadın İnfertilitesi ve Psikiyatrik Bozukluklar .....	10
2.2.1. Depresyon .....	14
2.2.2. Anksiyete.....	17
2.2.3. Suçluluk Utanç Duygusu .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi:.....	21
3.2. Kontrol Grubunun Seçimi: .....	21
3.3. Veri Toplama Araçları .....	22
3.3.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu:.....	22
3.3.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: (HAM-D).....	22
3.3.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	23
3.3.4. Suçluluk Utanç Ölçeği (SUTÖ) .....	23
3.3.5. Fertilite Sorunu Envanteri (Fertility Problem Inventory):.....	23
3.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:.....	24
3.3.7. Algılanan Aile Desteği Ölçeği:.....	24
3.4. İstatistiksel Analiz .....	25
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>32</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>41</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>42</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>53</b>
<b>EK-A: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK TAKİP FORMU .....</b>	<b>53</b>
<b>EK-B: HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D) .....</b>	<b>54</b>
<b>EK-C: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A).....</b>	<b>60</b>
<b>EK-D: SUÇLULUK-UTANÇ NEDENLERİ.....</b>	<b>69</b>
<b>EK-E: FERTİLİTE SORUNU ENVANTERİ .....</b>	<b>71</b>
<b>EK-F: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>76</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>80</b>

## TABLO LİSTESİ

TABLO - 1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	27
TABLO - 2. GRUPLARIN GÖRÜŞME SIRASINDA HAM-D PUANLARINA GÖRE DEPRESYON DURUMLARI .....	28
TABLO - 3. GRUPLARIN HAMILTON ANKSİYETE, SUÇLULUK-UTANÇ, ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİ, ALGILANAN AİLE DESTEĞİ, FERTİLİTE SORUNU ENVANTERİ ÖLÇEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	29



## KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
AADÖ	: Algılanan Aile Desteği Ölçeği
ASDÖ	: Algılanan Sosyal Destel Ölçeği
DSM-5	: Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders
IVF	: İn Vitro Fertilizasyon
GIFT	: Gamete İntrafallopian Transfer
FSE	: Fertilitite Sorunu Envanteri
SUTÖ	: Suçluluk Utanç Ölçeği
SUTÖ/U	: Suçluluk Utanç/Utanc alt Ölçeği
SUTÖ/S	: Suçluluk Utanç/Suçluluk alt Ölçeği

## İTHAF

*BUGÜNLERE ULAŞMAMA EMEK VEREN TÜM SEVENLERİME...*





## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım; Doç. Dr. Mustafa ARI, Yrd. Doç. Dr. M. Hanifi KOKAÇYA'ya

Tez çalışmamda, bilgi ve desteğini esirgemeyen tez hocam sayın Yrd. Doç.Dr. Ü. Sertan ÇÖPOĞLU'na

Asistanlık sürecini paylaştığım, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, bölümümüzden mezun olmuş ve halen asistan olarak görev yapan arkadaşlarım; Cem SESLİOKUYUCU, Canan DEMİRCAN, Süleyman ATAR, Beyza DEMİRBAŐ, Bilge UZUN'a

Servis hemşireleri; Özlem hanım, Zeynep hanım, Emel hanım, Nisa hanım, BüŐra hanım ve tüm servis çalışanları ile poliklinik sekreteri Derya hanım'a

Verdiği destek için eşime, bu günlere gelmemi sağlayan aileme ve neŐe kaynağım oğlum Furkan'a teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### İNFERTİLİTE TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

**Amaç:** İnfertil kadınlarda psikolojik değişkenler birçok çalışmada incelenmiştir ve infertilite birçok açıdan psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Biz çalışmamızda infertilite tedavisi gören kadınlar ile sağlıklı kontrollerde depresyon, anksiyete ile suçluluk utanç, fertilitate sorunu envanteri, algılanan aile ve sosyal destek ilişkisinin değerlendirilmesini amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Mersin Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne başvuran infertilite tanısı almış 71 kadın dahil edilmiştir. Kontrol grubu, rastgele, çalışmanın amacı ve yöntemi sözel olarak anlatılan ve katılmaya gönüllü olan, infertilite sorunu olmayan ve daha önce infertilite nedeniyle tedavi almamış, 18-45 yaş arası, çocuklu ve bilgilendirilmiş olur formu imzalatılan 71 kadından oluşmaktadır. Bu kişilere Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Suçluluk-Utanç Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ) uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmamızda infertil grupta depresyon oranı açısından bir fark bulunmazken ( infertil grup %14,1, kontrol grup %9,9, p:0,438) anksiyete (infertil ve kontrol grupların sırasıyla ortanca, min-max değeri 10, 2-42, 7, 0-34, p<0,001), suçluluk-utanç (infertil ve kontrol grupların sırasıyla ortanca, min-max değeri 101, 79-112, 69, 47-94, p<0,001), algılanan sosyal destek (infertil ve kontrol grupların sırasıyla ortanca, min-max değeri 55, 9-74, 52, 33-67, p<0,001), fertilitate sorunu envanteri (infertil ve kontrol grupların sırasıyla ortanca, min-max değeri 176, 118-204, 135, 109-171, p<0,001) puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştu. Algılanan aile desteği puanı infertil grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (infertil ve kontrol grupların sırasıyla ortanca, min-max değeri 30, 17-39, 37, 25-40, p<0,001).

**Sonuç:** İnfertilite tanı anından itibaren ve tedavi sürecinde saptanan sorunlar, hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. İnfertilite bireyin sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve duygusal enerjisini tüketerek, anksiyete, kaygı, yalnızlık ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir. Bu nedenlerle infertilite sorunu yaşayan kadınların psikiyatrik desteğe ihtiyaçları olabileceği akılda tutulmalı ve hastalar bu açıdan değerlendirilmeli ve gerektiği durumlarda bir psikiyatriste yönlendirilmelidirler. Bu bağlamda infertilite poliklinikleri ile psikiyatri polikliniklerinin irtibat halinde olmasında fayda olacağı sonuçlarına varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** İnfertil kadın, Anksiyete, Depresyon, Suçluluk, Utanç

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN WOMEN TREATED FOR INFERTILITY

**AIM:** The study explores psychological variables of women having infertility disease which cause psychological problems in terms of many perspectives. We aims at this study check women having infertility treatment against women having no treatment in terms of depression, anxiety with quiltiness and shame, the inventory of infertility problem, perceived family and social support.

**MATERIALS AND METHODS:** 71 women who had infertile diagnosis and applied to policlinic at Mustafa Kemal University Medical Faculty Obstetrics and Gynecology Department and Mersin University Medical Faculty Obstetrics and Gynecology Department. Control group contains 71 volunteer women who are 18-45 years old. The aim and method of the study was informed orally to these women who did not infertility problem before and did not have any treatment because of infertility. Hamilton Depression Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Guilt- Shame and Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale, and Perceived Family Support Scale were applied on these women.

**RESULTS:** Although in the study of infertile group there is no difference in term of depression rate (infertile group %14,1, control group %9,9, p:0,438), anxiety (infertile and control groups' respectively median and min-max values 10, 2- 42, 7, 0-34, p<0,001), guilt and shame (infertile and control groups' respectively median and min-max values 101, 79-112, 69, 47-94, p<0,001), perceived sosial support (infertile and control groups' respectively median and min-max values 55, 9-74, 52, 33-67, p<0,001), inventory of infertility problem scores was (infertile and control groups' respectively median and min-max values 176, 118-204, 135, 109-171, p<0,001) found significantly high according to the control group. Perceived Family Support Scale was found significantly low in infertile group according to control group (infertile and control groups' respectively median and min-max values 30, 17-39, 37, 25-40, p<0,001).

**CONCLUSION:** As a result infertile women should be thought that they can be in need of psychiatric support and they should be directed to a psychiatrist if necessary. Consequently we made inferences that it is helpful to be in connection in terms of obstetric and psychiatry policlinics.

**Keywords:** Infertile women. Anxiety, Depression, Guiltiness, Shame

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite cinsel yönden aktif, kontrasepsiyon uygulamayan bir çiftin bir yıl içerisinde gebelik elde edememesi durumu olarak tanımlanır. Kadının 35 yaş ve üzerinde olduğu çiftler ile gebeliklerin tekrarlayan düşüklerle sonuçlandığı çiftler için 6 aylık süre tanı için yeterli kabul edilmektedir (1). Doğum kontrolü kullanmayan çiftlerde gebe kalma oranları, ilk ay içinde % 25 iken, 6 ay içinde % 63 ve bir yıl içinde %80'ler civarında beklenmektedir (2). İnfertilite, farklı bölgelerde %5 ila %30 arasında değişken oranlarda görülmekle birlikte, her on çiftten birinin infertil olduğu, çiftlerin yaklaşık %25'inin 1 yıl içerisinde gebelik elde edemediği, bunların da %15'inin infertilite için medikal tedavi arayışında olup, %5'inin istemelerine rağmen çocuksuz kaldığı görülmüştür.

İnfertilite hem erkeği hem de kadını etkileyen bir durumdur(3). Dünyada yaklaşık 50-80 milyon kişinin infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir. Türkiye'de de çiftlerin %10-15'nin etkilendiği düşünülmektedir (4). İnfertilite, esas olarak üreme sistemine zarar veren bulaşıcı hastalıkların sıklığı ve infertilite tedavisinin yapılamaması ya da olanakların sınırlı olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın bir sorundur.

İnfertilite sorunu çiftlerin büyük çoğunluğu tanı ve tedavi süresi içinde psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kişiler arasında etkileyen kronik bir stres sürecidir. İnfertilitenin hem kadın hem erkeklerde psikolojik belirtileri arttırdığını, cinsel doyum, cinsel açıdan kendine güven ve cinsel ilişki sıklığını azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5). Kimi çalışmalarda da infertilitenin, çiftlerin evlilik uyumları üzerinde olumlu etkileri olduğu, çiftleri birbirine yakınlaştırdığı ve evlilik bağlarını güçlendirdiği ifade edilmektedir. Bu gibi çalışmalara da paylaşılan stres, yas ve hayal kırıklıkları eşler arasındaki uyumu artırarak evlilik ilişkisinin gelişimine katkıda bulunuyor görünmektedir (6). Cinsiyetin etkisini dikkate alan çalışmalarda, kadınların erkeklere göre daha az evlilik uyumu ve yaşam kalitesi problemleri ya da sorunları bildirdikleri; erkeklerin ise kadınlara göre daha az stres

yaşadığı, kendilerine güvenlerinin daha fazla olduğu, evlilik ve cinsel doyumlarının kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (7).

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşüncede, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, suçluluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren ve iş gücü kaybına neden olan bir sendromdur. Bu sendrom, bilişsel ve duygusal alanlarla ilgili bir çok belirtiyi kapsamaktadır. Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (8, 9). Depresyon, birincil bir duygudurum bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi duruma ikincil olarak da görülebilmektedir. Depresyon aynı zamanda yaygınlık, kronikleşme, tekrarlama oranlarının yüksek olması, iş gücü kaybı ve intihar riskini de artırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir(9, 10).

Depresyonun ortalama başlama yaşı gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş arasındadır (11, 12). Tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın yaratıcılığını, işlevselliğini, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına neden olmaktadır.

Major Depresif Bozukluk DSM-V sınıflandırmasında depresyon bozuklukları başlığı altında yer alan, işlevsellikte ciddi bozulmaya yol açan tek bir atak şeklinde ya da yinelemelerle gidebilen en yaygın duygudurum bozukluğudur. Sık görülen, kronikleşme ve yineleme oranları yüksek, fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan ciddi bir ruhsal bozukluktur (13).

Yaygın anksiyete bozukluğu; en az 6 aylık sürenin çoğunda bir takım olaylar ve etkinlikler karşısında aşırı kaygı duyulması, motor gerginlik, otonomik aşırı faaliyet ve bilişsel aşırı uyanıklık ile giden bir anksiyete bozukluğudur. Huzursuzluk, çabuk yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi belirtileri vardır ve kaslarda acı, gerilim baş ağrısı gibi somatik belirtiler eşlik eder. Kişi endişelerini kontrol etmekte zorlanır (13).

İnfertil kadın toplumda, aile yaşantısında çocuğun rolü çok vurguladığı için öfkelenebilirler. Ardından suçluluk yaşanmaya başlanır. Sürekli geçmiş gözden geçirilerek; daha önceki yaşam tarzı, kullanılan alkol, sigara, doğum kontrol yöntemleri, geçirilen düşük ve kürtajlar düşünülür. Belki de ana-baba olmak için uygun biri olmadığı, ana-baba olmayı hak etmediği düşünceleri ile değersizlik duyguları yaşanmaya başlanır. Kişi eşine karşı suçluluk duymaya başlar. Özellikle kısırlık nedeni olarak belirlenen kişilerde suçluluk çok daha yoğundur. Bir hasta "sık sık eşimin beni boşamasını ümit ettim. Böylece hem çocuk sahibi olamamandan hem de bendeki olumsuz duyguların yükünü eşime taşımaktan kurtulurdum" demiştir. Kısırlık nedeni olarak belirlenen 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 almama, sorunları çözmede güçlük ve depresyon ortaya çıkar (14).

Buraya kadar geçirilen evrelere bakıldığında, Elizabeth-Kübler-Ross tarafından tanımlanan ölüm ardından yaşanan evreler ve yas reaksiyonuyla belirgin bir benzerlik görülür (15). Ancak kısırlıkta yas reaksiyonunda bulunmayan suçluluk, utanç ve yetersizlik duyguları da yaşanır (16).

İnfertilite sorunu yaşayan çiftlerin ne tür psikolojik sorunlar yaşadıklarının tespit edilmesi, bu kişilere verilebilecek psikolojik desteğinin niteliğinin de belirleyicisi olacaktır. Kaldı ki ülkemizde infertil hastaların yaşadıkları psikolojik sorunları inceleyen ve bu sorunlara çözüm önerileri getiren çalışma oldukça kısıtlı sayıdadır.

Bu çalışmada, infertilite tedavisi gören kadınlarda depresyon, anksiyete ile suçluluk utanç ilişkisini değerlendirilmesini amaçladık. Kontrol ve denekler üzerinde depresyon, anksiyete yaygınlığını karşılaştırmak elde edilecek bulgular ile tedavi gerekliliğini değerlendirmek, tedavi gereken kontrol ve deneklere gerekli medikal ve psikolojik tedaviyi sağlamak ve sonrasında gönüllü sağlıklı ve infertil gruplarda algılanan sosyal destek, algılanan aile desteği ile kişiler arası ilişkilerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İnfertilite

#### 2.1.1. Tanım

İnfertilite cinsel yönden aktif, kontrasepsiyon uygulamayan bir çiftin bir yıl içerisinde gebelik elde edememesi durumu olarak tanımlanır. Kadının 35 yaş ve üzerinde olduğu çiftler ile gebeliklerin tekrarlayan düşüklerle sonuçlandığı çiftler için 6 aylık süre tanı için yeterli kabul edilmektedir (1).

Genellikle infertilite tanısı, çiftin çocuk isteğinin en yoğun olduğu zaman koyulur. Bebek sahibi olamamayı kabullenmek zor gelir, tanının yanlış olduğunu ümit ederek tanıyı yadsırlar. Ardından yaşanan duygu ise öfkedir. Bu öfke pek çok şeye yansıtılır. Eşler birbirine de öfkelenebilir. Eşinin sorunu kendisi kadar yoğun yaşamadığını farkedince öfke daha da artar. Ayrıca infertilite nedeni olarak belirlenen eşe, istenmese de öfkelenilir. Yapılan bir çalışmada eşinde oligospermi ya da azospermi olan kadınların % 87'sinin eşine öfke duyduğu belirlenmiştir (17)

Sanayileşmemiş toplumlarda çocuk sahibi olmak, ekonomik olarak varlığını sürdürmenin ve aile yaşlılarının bakımının üstlenileceğinin bir güvencesidir. Kadınların işgücüne katılımındaki artış ve çift gelirliliğe doğru artan eğilime rağmen, dünyadaki kültürel ortam biyolojik ebeveynliğin rolü üzerine yüksek bir değer atfeder (18). Fertilite ve ebeveynlik rolünün değeri öyle değişmezdir ki, modern toplumlarda bile infertil bireyler bu süreçte kendilerini oldukça yalnız hissederler. Çoğu kültürde bireyler çocuk sahibi olamamalarını; statü kaybının, kusurluluğun ve yetersizliğin bir işareti olarak algırlar (1). On yıl öncesine kadar infertilitenin psikolojik ve sosyal sonuçlarına dair araştırmalar öncelikli olarak Batı Avrupa'da ve diğer Batı toplumlarında gerçekleştirilirken, geçen on yılda infertilitenin psikolojik ve sosyal boyutları, Afrika, Asya ve Orta Doğu dahil batılı olmayan toplumlarda da ilgi çekmeye başlamıştır (19).

İnfertilite probleminin kültürel boyutunu değerlendirebilmek amacıyla, Hollanda'da yaşayan infertil Türk göçmen kadın ve erkeklerin duygusal sıkıntısını, Hollanda'da yaşayan infertil Hollandalı kadın ve erkeklerin ve Batı Türkiye'de yaşayan infertil kadın ve erkeklerin sıkıntı oranları ile karşılatıran bir çalışma yapılmıştır (20). Bu çalışmada çocuk sahibi olmamayı tercih etmek Türk göçmenler arasında pratik olarak bulunmadığı için infertilite, yerli Hollandalı populasyona kıyasla Türk göçmenler arasında daha çok göze çarpan ve daha az gizlenebilen bir durum olarak tespit edilmiştir. Bunun bir sonucu olarak, infertil Türk göçmenler infertil Hollandalılardan daha fazla etiketlenip daha fazla sosyal baskı hissettikleri dahası, Türk göçmenler görece daha erken yaşta çocuk sahibi olmaya başladıkları için Hollandalı benzerlerine kıyasla infertilite ve infertilite ile ilgili sıkıntıyla daha erken yaşlarda karşılaşmak durumunda kaldıkları ifade edilmiştir (20). Bu çalışmanın sonuçları, infertil göçmen Türk kadınları arasındaki duygusal stres seviyesinin genel olarak Hollandalı infertil kadınlardan ziyade, Türkiye'de yaşayan infertil kadınlara yakın olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yaşayan infertil kadınlar ve infertil göçmen kadınlar, Hollandalı infertil kadınlardan daha yüksek duygusal stres seviyesi bildirmişlerdir. Kınanma ve suçluluk duyguları, göçmen Türk kadınları için, Türkiye'de yaşayan kadınlardan daha az önemli bulunmuş, buna ek olarak, önemli oranda suçluluk ve kınanma hisseden kadınların sayısı Türkiye'de yaşayan kadınlarda göçmen Türk kadınlardan daha fazla saptanmıştır. Türklerle yapılan diğer çalışmalar da, duygusal stres ile infertil Türk kadınlarına yapılan sosyal baskı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (20).

Emosyonel distres ve infertilite arasındaki ilişki pek çok yazar tarafından incelenmiştir ancak infertilite ve psikolojik faktörlerin ilişkisini saptamaya yönelik çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. İnfertilitenin psikolojik özellikleri ile ilgilenen çalışmalar, birbiri ile çatışan iki teorik model üzerine kurulmuştur: Bunlardan ilki psikopatolojiyi infertilitenin sebebi olarak görürken diğeri sonucu olarak görmektedir (21)

Başlangıçta infertilite üzerine psikosomatik araştırmalar, fertilitate bozukluklarının psikolojik sonuçlarından çok, potansiyel psikolojik nedenleri üzerine odaklanmış ve "psikojenik infertilite modeli"(21) üzerinde durulmuştur. İlk model



psikodinamik eğilimli bir modeldir ve 1950'lerden başlayarak bir dizi yazar, özellikle açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda, gebeliği etkileyen ya da önleyen olası bir faktör olarak bilinçdışı çatışmaları araştırmıştır. İnfertil kadınlarla yapılan psikanalitik terapi seanslarının ayrıntılı vaka tanımlamalarından; karşılanmamış çocuk isteğinin, annelik rolü ile ilgili bilinçdışı çatışmaların bir ifadesi olduğu şeklinde bir sonuç çıkarılmış, infertilite ile ilgili şikayetlerin altında her zaman latent bir psikolojik çatışmanın yattığı ileri sürülmüştür. Bu çalışmalara yöneltilen eleştiri, o dönemde baskın olan psikopatolojik perspektife oturan çok büyük önermelerde bulunmak için, bireysel vakalardan veya az sayıda hastadan edinilen gözlemleri kullandıkları şeklinde olmuştur (22).

1980'ler boyunca araştırmalar mutlak psikojenik modelden, açıklanamayan infertilitenin psikojenik kaynaklarına ilişkin bir modele doğru gelişme göstermiştir. Çalışmalar, tıbbi olarak açıklanamayan infertil olan kadınların diğer gruplardaki kadınlara göre daha anksiyöz ve depresif, daha sık kişiler arası güvensizlik ve olgunlaşma korkusu yaşayan, daha memnuniyetsiz, somatizasyona daha yatkın, kendilerinden ve yaşam tarzlarından daha tatminsiz olduklarını ancak yaşamın diğer alanlarında ve evliliklerinde kontrollere göre daha fazla doyum bildirdiklerini göstermiştir (23, 24). On altı organik nedenli infertil kadınla 14 açıklanamayan infertilitesi olan kadını karşılaştıran bir çalışmada, açıklanamayan infertilitesi olan grupta ortalamanın üstünde nörotizm skorları saptamıştır (25). Bir başka çalışmada açıklanamayan infertilitesi olan 39 çift, yazarlar tarafından tipik olarak "simbiyotik ve bağımlı/yapışkan" bir ilişki paterni gösteren "anksiyöz ve depresif kişiler" olarak değerlendirilmiştir (26). Aynı gereçleri kullanan daha büyük örneklemler ise bu bulguları teyit etmemiştir (27).

Son zamanlarda bazı yazarlar, psikojenik hipotezin psikodinamik versiyonu yerine, stresin infertiliteye neden olduğu fikrine dayalı "stres hipotezi" ni ortaya koymuşlardır. Bu hipotezde, emosyonel durumların ve stres ile başa çıkma yetisinin; nöroendokrinolojik durum, gebelik oranları ve yardımcı üreme teknikleri ile tedavi sonuçlarına olan etkileri vurgulanmaktadır (28, 29). Psikolojik üzüntü ve infertiliteye yönelik bir literatür incelemesinde, stres ve endişenin katkı sağlayan nedenler olmakla birlikte, çok nadiren infertilitenin tek sebebi olduğunu, stres ve endişenin

nedensel rolüne yönelik kesin iddialarda bulunmadan önce yöntemsel gelişmelerin olması gerektiğini belirtmiştir. Her ne kadar birçok araştırmacı psikopatolojinin infertilitenin önemli bir nedeni olduğu görüşünü reddetmiş olsa da infertilitenin strese yol açtığı, stresin de karşılığında infertiliteye katkıda bulunduğu şeklindeki döngüsel ilişki destek görmektedir (22)

İnfertil kadınlar arasında, annelik kimliğinin kazanılması konusunda yapılan az sayıdaki ampirik araştırma, infertil kadınların daha düşük özsayıları olduğunu ve annelik kimliğini benimsemelerinin daha uzun zaman aldığını ortaya koymuştur. Sonunda doğum yapan infertil kadınlar, anneliğin beklediklerinden daha fazla sorun getirdiğini keşfettiklerini belirtmişlerdir (30).

İnsanın temel içgüdülerinden biri üreme içgüdüsüdür. Cinselliğin üreme fonksiyonunun ötesine geçerek başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşatması ve yaşamın birçok alanına yayılan sorunlar oluşturması kaçınılmaz hale gelebilir. İnfertilite, tüm toplum ve kültürler için bir kriz durumudur. İnsanlar infertilite karşısında kültürel ve tıbbi çözümler üretmeye çalışmakta, bunlar işlemez ise evlat edinme ya da boşanma yoluna gidebilmektedirler. Fizyolojik süreçlerle duyguların dinamikleri birbirleriyle ilişkilidir ve biri diğerini etkisi altına alabilir. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damgalanma yaratabilir ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanabilir (31).

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite; beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (32).

### **2.1.2. Tarihçe**

8.Henry' nin kızı İngiltere kraliçesi Mary, “kısır kraliçe olarak” anılmıştır. Mary, zamanının önemli bir kısmını infertilite ilgili bilgiler edinmekle ve tedavi arayışlarıyla geçirmiştir. İkinci kez sahte gebelik geçirdikten sonra depresyon ve paranoid bozukluk geliştirmiştir. İnfertilite aynı zamanda erkekleri de ilgilendiren bir sorun olsa da, tarih boyunca bu yük çoğunlukla kadınların omuzlarına bindirilmiştir. İnfertilite, günümüzde hala damgalanmaya neden olma özelliğini korumaktadır.

Rönesans döneminde, İngiltere' de çocuğu olmayan kadınlara, yaşam iksiri olarak kısırak sütü, tavşan kanı, idrar içmelerini ve şifalı sulara girmelerini tavsiye edilirdiği bildirilmektedir (33).

Kızılderili geleneklerine göre, erkeğin infertil eşini mutfakta bir sandalyeye bağlayıp, etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı varmış. Hindistan'da Kerala Nayar kabilesinde çocuk doğurmak büyük amaçtır, dul ya da ayrılmış infertil olan kadınlar, vekil olarak doğurganlar için dua ederlermiş (34).

Freud, bazı psikojenik infertil ve cinsel soğukluğu olan kadınlarda Yunan mitolojisinde Euripides'in anlattığı masaldaki "Medea fantezisi" ile benzer özellikler olduğunu görmüş. Erken seksüel fanteziler, annenin melankolisi gibi erken çocukluk bağlanmalarında, bastırılmış dürtüsel anılar çocukta vücutla ilgili fanteziler oluşturarak bilinçdışı bir sürece dönüştüğünü ifade etmiş (35).

İnsandaki ilk suni inseminasyon 1776 ve 1799 yılları arasında Hunter tarafından elde edilmiştir. Beden dışında ilk fertilizasyon denemeleri 1878'de tavşan ve kobaylarla yapılmıştır. Pincus ve Enzeman 1934'de invitro tavşan yumurtalarının fertilizasyonunu başarmışlardır. Rock ve Menken 1944'de insan yumurtalarını fertilize etmişlerdir 1978'de Steptoe ve Edwards insanda ilk başarılı In Vitro Fertilizasyon (IVF) elde etmişlerdir (36). Ülkemizde ilk IVF, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde, 1989' da dünyaya gelmiştir. İlk gamet İntrafallopian transfer uygulaması (GIFT) 1989' da, M.F Aksu tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesi' nde yapılmıştır (37)

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre, infertilitenin toplumdaki yaygınlığı %10-15' dir. İnfertilite; %40 kadından, %35 erkekten, %15' de, her ikisinden kaynaklanır. Yine infertil çiftlerin yaklaşık %15' de belli bir neden bulunamamaktadır(38). Etyolojisi belirlenememiş tipte çiftlerin 3-5 yıl içinde fertilite şansı %56'dır. Beş yıldan sonra bu oran %30'a düşer. İnfertilite nedenleri arasında primer infertilite sebeplerinin %55-75, sekonder infertilite sebeplerinin %25-40 olduğu bildirilmiştir. İnfertilite kliniklerine başvuran çiftlerin %70'inde organik bir köken saptanır (39).

Ülkemizde yaklaşık; 1.5-2 milyon çift infertilite sorunu yaşamaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. Bu durum tanı yöntemlerindeki gelişmelerle, infertilite tanısının ve nedenlerinin saptanmasının artması, potansiyel tedavi rejimlerinin çoğalması ve sigorta kampanyalarının tedavi ödemelerinin artmasına bağlı olabilir.

Fertilite çeşitli faktörlere bağlı olarak etkilenir. Yaş faktörü bunlar arasında en önemlilerinden birisidir ve yaş ilerledikçe fertilitede belirgin azalma meydana gelmektedir. Yaşla birlikte overlerde folikül kalitesinde azalma olmakta, fertilize olan ovumun implantasyon şansı azalmaktadır. 15-24 yaş arasındaki kadınların % 4'ünde azalmış fekditeye rastlanırken, bu oran 25-34 yaş arasında %13'dür. 40 yaşındaki kadınların %33'ü, 45 yaşındakilerin ise % 87'si infertildir (40).

Yaşla birlikte kromozomal bozuklukların insidansı ve spontan abortus oranı artar. Klinik olarak tanınabilen abortus oranı 30 yaşına kadar %10 iken 30 yaşların sonunda %18'e 40 yaşların başında ise %34'e çıkar. Ayrıca 30'lu yaşlara girildiğinde endometriyozis, pelvik infeksiyon gibi fertilitiyi etkileyebilecek bir takım hastalıkların görülme ihtimali de artar. Çiftlerin doğurma yaşını bilerek geciktirmeleri, ilerleyen yaşla birlikte seksüel aktivitenin azalması da dolaylı olarak yaş faktörü içine dahil edilebilir (41-43).

Yaş ilerledikçe çevresel olumsuz faktörlere maruz kalma ihtimali de artar. Bunlar fertilizasyon ve implantasyon ihtimalini de etkileyebilir (44, 45).

Bazı bulgular son yıllarda infertilite oranlarında artma olduğunu göstermektedir. ABD'de 20-24 yaş grubundaki kadınlarda 1965'den beri infertilite oranında yaklaşık 3 kat artış bildirilmiştir. Bu durum tanı yöntemlerindeki gelişmelerle, infertilite tanısının ve nedenlerinin saptanmasının artması, potansiyel tedavi rejimlerinin çoğalması ve sigorta kampanyalarının bu müdahalelerin bazılarında artan ödemelerinin çoğalmasına bağlanmıştır. Ayrıca evlilik yaşının ilerlemesi, dolayısıyla çocuk doğurma yaşının gecikmesi, intrauterin diyafram ve kontraseptiflerin kullanılması, cinsel yolla geçen hastalıkların artmasının da etkileri olduğu düşünölmüştür (46)

#### **2.1.4. Etiyoloji**

İnfertilitenin en sık sebepleri sırasıyla;

Ovulatuvar bozukluklar,

Endometriozis,

Pelvik adezyonlar,

Tubal tıkanıklıklar,

Diğer tubal patolojiler,

Hiperprolaktinemi,

Sayılan nedenler infertil olguların % 81'ini oluşturduğu belirtilmektedir. Geri kalanı ise nedeni açıklanamayan infertilitedir. (47). Her birisinin sıklığı yaşla birlikte değişmektedir. Genç kadınlarda ovulasyon bozuklukları daha sıktır, tubal ve peritoneal patoloji genç ve yaşlılarda eşit sıklıktadır (48).

#### **2.2. Kadın İnfertilitesi ve Psikiyatrik Bozukluklar**

Yetişkin gelişiminin ve kimliğinin önemli bir parçası üreme yeteneğine sahip olmaktır. Gebeliğin kolayca gerçekleşmemesi çiftlerde, şaşkınlık ve öfkeye yol açabilmektedir. infertilite ile yüzleşme, bir çiftin dünyasındaki düzen algısı için fazlasıyla alt üst edici olabilir (49). İnfertil hastaların çoğu, özellikle de kadınlar, infertilite değerlendirmesini ve tedavisini hayatlarının en üzücü deneyimi olarak tanımlarlar (50). Genellikle çiftlerden sadece biri tıbbi teşhis almasına karşın, infertiliteyi her iki eş için stres kaynağı olarak kavramlaştırmak daha doğru olur. Bugüne kadarki araştırmalar; ebeveynliğin önemine dair paylaşılmış inançlar, çiftin kimliği ile ilgili sorunlar, tedavinin günlük stresi, sürece dair alınması gereken kararlarla ilgili tartışmalar ve tıbbi sonucun kabullenilmesi gibi aşamalarla, çiftin psikososyal işlevselliğinin her yönünün infertilite deneyiminden etkilendiğini göstermektedir. İnfertilite, çiftlerin sağlığında olduğu kadar evlilik üzerinde de kalıcı

etkiler bırakan ve evrensel bir şekilde, son derece stres verici olarak kabul gören bir faktördür (51).

Birgün kendi çocuklarına sahip olacaklarını varsayan kadınların çoğu için infertilite, onun kadın kimliğini tartışmalı kılabilir. Sadece vücudu başarısız oldu diye değil, aynı zamanda kendi özgüveni hasar gördüğü için de öz saygısı azalabilir. Suçluluk duyma ve infertiliteyi geçmiş cinsel düşüncesizlikler, küretajlar, doğum kontrol hapı kullanımı için cezalandırma olarak görmek infertil kadınlarda yaygındır. Telafi edici bir strateji olarak infertil kadınlar, yaşamlarındaki diğer her şeyi geri plana atıp, gebe kalmayı yegâne hedef haline getirebilirler. Kendi değerini ve infertil bir kadın olarak kimliğini sorgulayan birçok infertil kadın duygusal olarak hayatındaki her şeyden, evliliğinden bile daha fazla bu sorun üzerine yatırım yapar hale gelebilir (1, 51)

İnfertiliteyle psikolojik fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi ele alan deneysel çalışmalar iki modelden birine yönelmişlerdir: Bunlardan ilki varolan bir psikopatolojinin infertilite etyolojisinde rol oynadığını ileri süren psikolojik infertil modeli, diğeri ise infertilitenin bir sonuç olarak psikolojik sorunların ortaya çıktığını savunan psikolojik sonuç modelidir (52). Psikolojik infertil kadınlarda bazı ortak özellikler vardır. Hepsi gebeliği çok ister görünmelerine ve ifade etmelerine rağmen, gebeliğe karşı olumsuzluk ve korku duygularını da taşırlar. Bu korkular gebelik ile doğum eylemi ile veya anne olma ile ilgili olabilir. Gebeliğin vücut bütünlüğünü bozacağı, doğum yaparken kendisinin ya da bebeğinin öleceği veya iyi bir anne olamama korkuları psikojenik infertilitenin altında yatan nedenler olarak sayılabilir. Kadının bu duygularını ifade etmesine yardımcı olduğunda, eşler arasında daha serbest ve sıcak bir ilişkinin geliştiği ve gebeliğin ortaya çıktığı pek çok vakada görülmüştür (53).

İnfertilitenin psikososyal yönleri üzerine bugüne kadar yapılmış sistematik çalışmalarda ortaya konan gerçekten güvenilir tek bulgu, infertil kadınların ortalamanın üstünde depresif eğilim ve anksiyete sergiledikleri ve ayrıca daha fazla fiziksel yakınma bildirdikleri ancak çoğu vakadaki sapmanın klinik olarak anlamlı olmadığıdır. Çocuk isteğinin başlangıcı öncesinde ve sonrasında kadın ve

erkeklerdeki kişilik özellikleri üzerine prospektif çalışmalar bulunmamaktadır. Dolayısıyla böyle emosyonel bozuklukların infertiliteden kısmen sorumlu olduğunu ya da çocuk sahibi olamamanın sonucu olduğunu söylemek çok zordur (22).

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, sosyal, kültürel, dinsel, sınıfsal boyutları olan bir yaşam krizidir. Beklenmedik anda karşılaşılan bu krize çiftlerin verdiği tepki 9 evrede incelenebilir (54)

1. Şok ve inanmama evresi: Çift infertil olduğunu ilk öğrendiğinde bu üzücü gerçek karşısında şok yaşar, inanamaz.

2. 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.

3. 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 azalma duygusuyla özgüven kaybı sayılabilir. Sürenin uzaması, tetkik ve tedavinin karmaşıklaşması hayal kırıklıklarının ve anksiyetenin artmasıyla sonuçlanır.

4. 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. Sonuçta infertilite soyu devam ettirme önündeki engel olarak algılanabilir. Çözüm olarak; boşanma, yeniden evlenme veya intihara varan sonuçlar gündeme gelebilir.

5. Kontrol kaybı: Hem yapılan tetkiklerin karmaşık ve girişimsel olması, hem de cinsel hayatın ayrıntılarıyla sorgulanması çiftte özel yaşantısının ihlali olarak algılanır. Tedavi başarısının önceden tahmin edilemez oluşu; çiftte, geleceğe dair belirsizlik duygusu meydana getirir.

6. Yalnızlık ve yabancılaşma: Ümit ve hayal kırıklıklarının arka arkaya yaşanması çifti yıpratır. Çocuğu olan diğer arkadaşlar tarafından; ‘kusurlu’ görüleceğı düşüncesi ve paylaşılacak ortak yönlerin azalmış olması nedeniyle, çift önce çevreden uzaklaşır. Bu düşünce zamanla eş tarafından da anlaşılmamaya dönüşür ve eşle de yabancılaşılır.

7. 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.

8. 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 (55, 56).

9. Yavaş yavaş çözülme: Çiftler artık biyolojik yollarla çocuk sahibi olamayacağını kabul ederler. Bu yol ayrımında çifti çocuksuz evliliğı sürdürme, boşanıp yeniden evlenme, evlat edinme gibi zor kararlar beklemektedir.

Özetle; infertilite süreci evlilik bağları için tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı, fiziksel olarak acı verici bir yaşam krizidir (57).

Kadın ve erkeklerin infertilite sürecine yaklaşımları belirgin farklar göstermektedir. Her iki cinste duygu dışavurumu açısından belirgin farklar vardır. Kadınlar duygularını daha çok ifade ederken, erkekler daha az ifade etmelerinin dışında pek fazla sorun yokmuş gibi davranma eğilimindedirler. Kadın ve erkeklerin psikolojik değerlendirmelerinin yapıldığı karşılaştırmalı çalışmalarda gerçekte de erkeklerde klinik depresyon ve aksiyetenin çok daha az sıklıkta olduğu gösterilmektedir. İnfertilite tüm kültürler için bir kriz durumudur. İnsanlar infertilite karşısında dini ve medikal çözümler üretmeye çalışmakta, bunlar işlemez ise evlat edinme ya da boşanma yoluna gidebilmektedirler (58)



İnfertilite yalnızca infertil çifti değil, tüm aileyi etkileyen bir aile krizi olarak yansımaktadır. Aile bağları ve geleneklerini değiştirebilen bir süreçtir. Arkadaşlık ilişkilerini de, değiştirebilmektedir. Bazen kültürel, etnik veya dini faktörler de infertil çiftte yeni yükler getirmektedir. Örneğin Türk kültüründe infertilite, özellikle de IVF tedavisiyle ilgili pek çok hurafe ve yanlış bilgi mevcuttur. Kadınların %28'inin, erkeklerin %8'inin hoca-türbe-çeşme ziyaretine gittiğini, kadınların %7'sinin erkeklerin %36'sının bitkisel ilaç kullandığını, çiftlerin yaklaşık yarısının geleneksel yöntemlere başvurduğunu saptamıştır. Çocuk doğurma ilahi bir ödül, infertilite ise tanrının cezalandırması olarak algılanır (59). Bazı dinlerde yardımcı üreme teknikleri günah olarak değerlendirilmekte, kadının infertil olması halinde evliliği geçersiz sayılmaktadır. Eşler kendi ailelerine, dede-nine olma isteklerini hissettirdiklerinden dolayı öfkelenebilirler. Büyüklerden gelen baskı, bizim toplumumuzda da olduğu gibi aile bağları yoğun ülkelerde daha da fazladır. Arkadaşlara da öfke duyulabilir. Bu öfke çocuğu olan arkadaşlara karşı daha da fazladır. Özellikle empati yapılmadan söylenen teselli sözleri bu öfkeyi iyice arttırır. Toplumda, aile yaşantısında çocuğun rolünü bu kadar çok vurguladığı için öfkelenebilirler (60)

### **2.2.1. Depresyon**

Major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı genel toplumda % 15, kadınlarda % 10-25 ve erkeklerde % 5-12 arasında değişmektedir. Kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir. 1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülkemizde 12 aylık depresif nöbet yaygınlığının kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4 olduğu belirtilmiştir. Her dört kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir major depresif bozukluk geçirmektedir. Bu kişilerin de % 50-80 inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda tekrarlama olasılığı bulunmaktadır. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş kişilerin bulunması, hastalık riskini 1,5-3 kat arttırmaktadır(61).

#### **DSM 5'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri**

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının)

bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya 1 depresif duygudurum ya da 2 ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı belirtileri katmayınız.

1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren çökkünduygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan birduygudurum bulunabilir.

2) Hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4) Hemen her gün, uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku (hipersomnia) olması.

5) Hemen her gün, psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örneğin yas, bıkınlık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma. Uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (62)

Kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, genetik yüklülük, depresif kişilik özelliklerinin bulunması, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, yeti yitimine yol açan bedensel hastalık ve ruhsal bozuklukların varlığı çeşitli çalışmalarda major depresyon için temel risk etkenleri olarak belirtilmiştir (61). 18-44 yaşları arasında olmak, bekâr olmak, çalışmamak ve sosyoekonomik durumun düşük olması da depresyon için belirtilen diğer risk etkenleridir (63). Bu risk etkenlerinin etkisinin şiddeti depresyonun türüne göre değişmektedir. Örneğin, depresyonun ağır seyredenlerinde biyolojik yatkınlık daha önemli rol oynarken, daha hafif formlarında çevresel etkenlerin rolü önem kazanmaktadır (64)

### **2.2.2. Anksiyete**

Anksiyete nedeni belli olmayan korku, kaygı, kötü bir şey olacakmış endişesi, gerginlik, huzursuz ve sıkıntı hali olarak yaşanan içgüdüsel bir tepkidir (65). Anksiyete özellikle stres durumlarında belirginleşen, kişinin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir yanıttır. Anksiyete benlik bütünlüğüne karşı bir tehdit hissedilerek gerilim oluşmaktadır (66).

Anksiyete ile korku kavramları zaman zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen farklı kavramlardır. Korku, herhangi bir nesneye yönelik bir duygu iken, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Ayrıca anksiyetede korkudan farklı olarak yalnızca iç tehlikeler ile oluşan bir emosyon oluşmaktadır (67).

Anksiyete, biyolojik uyum düzeneğinin bir parçası olan evrensel bir duygudur. Yaşamın sürdürülebilmesi açısından adaptiftir ve her insan bu duyguyu yaşamının bir döneminde yaşamaktadır (68). Ancak bu duygunun yoğun, şiddetli ve uzun süreli yaşanması kişinin aktivitelerini, sosyal, mesleki işlevselliğini, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Şiddeti ve süresi arttıkça kişide kavrama, algılama ve karar verme yeteneği azalmaktadır. Anksiyete bir tepki olarak birçok organik ve psikiyatrik hastalıkla beraber görülebilmektedir (69).

Anksiyete kişide psikolojik, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal değişiklikler oluşturmaktadır. Anksiyete esnasında sempatik sinir sisteminde aktivasyon oluşarak taşikardi, çarpıntı, hipertansiyon, solunum sayısı, hızı ve derinliğinde artma gözlenir. Ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, bulantı kusma, karın ağrısı, ishal, sık idrara çıkma, empotans, terleme, kızarma, sıcak basması, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma hissi, uykuya dalma güçlüğü, halsizlik, kas gerginliği ve motor huzursuzluk gibi fizyolojik belirtiler görülmektedir (67, 70, 71). Genel bir huzursuzluk, endişe, gerginlik, tedirginlik, korku, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik duyguları, panik, alarm duygusu, dikkatte azalma, yaratıcılığın azalması çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık ve yerinde duramama, karar vermede güçlük ve göz temasından kaçınma vardır. Yine de anksiyeteye karşı verilen tepkiler kişinin mizacına, yaşına, daha önce bu duyguyu nasıl deneyimlediğine göre değişmektedir (66).

Anksiyete şiddetine göre; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyde olmak üzere 4 aşamada incelenebilir. Hafif düzeydeki anksiyetede oluşan gerilim, enerjiyi artırır, kişinin kavrama alanı genişler, bireyin öğrenme ve yaratıcılığını olumlu etkiler. Birey duyarlı ve katılımcıdır. Farkındalığı, konsantrasyonu, mantık yürütme yeteneği tamdır. Konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumludur. Orta düzeyde anksiyetede kişinin dikkati, algılaması ve iletişim becerileri azalmıştır. Hala sorun çözebilme yeteneği vardır ancak açıkça gergindir. Kendisi için önemli olaylara yoğunlaşabilir, ancak çevresel ayrıntıları kaçırabilir. Kan basıncı, nabız sayısı ve solunum sayısında artış; kaslarda gerilme, terleme gibi fizyolojik belirtiler görülebilir. Şiddetli düzeyde anksiyetede bireyin algılama ve kavrama yeteneği oldukça azalmıştır, olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Kişi huzursuz, gergindir ve kontrolü kaybetmiştir. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı görülür. Panik anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir, tam bir kriz aşamasıdır. Dikkati tamamen dağılmıştır, çevresel tehlikelere karşı yanıt veremez. Emosyonel dengesi bozuktur. Halüsinasyon ve hezeyan eşlik edebilir. Panik durumundaki kişide dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülür. Birey ölüm korkusu yaşayabilir (66, 72).

### 2.2.3. Suçluluk Utanç Duygusu

Suçluluk duygusu “sosyal kural ve değerlerin gerçekten çiğnenmesi veya bunun tasarlanmasının eşlik ettiği bir fark etmenin oluşturduğu sıkıntılı bir durum” olarak tanımlanabilir. Utanç ise “insan olarak birisinin temel bir eksikliğini fark etmesi ile yaşadığı sıkıntılı durum” olarak tanımlanabilir. Kavramlar keskin sınırlarla tanımlanamayarak, iç içe geçmiş gibi görünmelerine rağmen birbirlerinden ayrı kavramlardır. Suçluluk daha çok bireyin eylemleri ile ilgili iken, utanç doğrudan kişinin benliğiyle alakalıdır (73).

Suçluluk ve utanç duyguları kişiler arası ilişkilerde diğer kişiyi ve/veya kişileri rahatsız edecek davranışlarda bulunulduğunda yaşanmaktadır. Suçluluk duygusu dinen, kanunen ya da ahlaki yönden hoş karşılanmayan davranışlar sonrası ortaya çıkan düşüncenin yarattığı rahatsızlık ve pişmanlık olarak yaşantılanmaktadır. Utanç duygusu ise bu davranışları yapan kişinin benliğini olumsuz değerlendirilmesiyle ortaya çıkarak acı ve hayalkırıklığı vardır (74-76).

Utanç tüm benlikle ilgili olduğundan utançta suçluluk duygusuna kıyasla daha fazla acı ve yıkım oluşmaktadır. Değersizlik, güçsüzlük, öfke ve çaresizlik daha yoğun hissedilmektedir (77). Utanç duyan kişinin davranışları incelendiğinde gözlerinin kaçırma, yüzünü saklama isteği, yön veya yer değiştirme gibi hareketler gözlenmektedir (78). Utanç duygusu yüksek kişilerde; depresyon, anksiyete, intihar, madde ve alkol kötüye kullanımı sık görülmektedir (79). Suçluluk, utanç duygusuna kıyasla daha çok hatalı davranış üzerine ve bu davranıştan zarar gören bireylere yoğunlaşmaktadır. Pişmanlık duygularına neden olmaktadır (78). Suçluluk duyan kişinin davranışları çoğunlukla sorun çözme, uzlaşma, hatalı davranışı telafi etme şeklindedir. Süreğen suçluluk duygusu ise psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır (80).

Suçluluk ve utanç; bireye rahatsızlık veren duygulardır. Bu duygular aslında kişisel başarısızlığa verilen bir tepkidir ve oluşumunda da benliğe başvurma sürecini gerektiren “öz bilince ilişkin” duygulardır (81). Her iki duygu da kişinin davranışları düzenlemesinde rol oynayan ahlaki duygulardır. Bu duygularla birey dini, kanuni ve ahlaki normlara daha uygun davranır (82).

Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite; beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (32)

Psikolojik değişkenler birçok çalışmada incelenmiştir. Biz çalışmamızda infertilite tedavisi gören kadınlar ile sağlıklı kontrollerde depresyon, anksiyete ile suçluluk utanç, fertilitte sorunu envanteri, algılanan aile ve sosyal destek ilişkisinin değerlendirilmesini amaçladık.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Grubunun Seçimi:

Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne 30.01.2015-30.07.2015 tarihleri arasında başvuran infertilite tanısı almış kadınlar dahil edilmiştir. Kadınlara çalışmanın amacı ve uygulanacak yöntemle ilgili bilgilendirme yapılmış, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma ile ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

#### 3.2. Kontrol Grubunun Seçimi:

Kontrol grubu, rastgele, çalışmanın amacı ve yöntemi sözel olarak anlatılan ve katılmaya gönüllü olan, infertilite sorunu olmayan ve daha önce infertilite nedeniyle tedavi almamış, çocuk sahibi, 18-45 yaş arası ve bilgilendirilmiş olur formu imzalatılan 71 kadından oluşmaktadır. Yine kadınlardan herhangi birinin okuma yazma bilmediği, Türkçe konuşup yazamadığı, halen tedavisi devam eden kronik bir hastalığa sahip olduğu ve/veya halen tedavisi devam eden psikiyatrik bir hastalığın varlığı tespit edilen kadınlar kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bu çalışma kapsamında infertilite tedavisi gören kadınlar ile aynı Dr. (Dr. Faruk Kurhan) klinik görüşme yapılmış, sosyodemografik veriler ve yaşadıkları infertilite sorununa ilişkin bazı özellikler sosyodemografik ve klinik veri formuna kaydedilmiştir. Görüşmeciler tarafından kadınlara Hamilton Depresyon Ölçeği (HAD-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Suçluluk-Utanç Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ) ve Fertilite Sorunu Envanteri (FSE) uygulanmıştır. Aynı ölçekler kontrol grubuna da uygulanmıştır.



### 3.3. Veri Toplama Araçları

#### 3.3.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu:

Sosyodemografik veri formunda sosyal güvence, kişinin yaşı, meslek, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir düzeyi, kaç yaşında evlendiği, evlilik süresi, evlenme şekli, sigara kullanma alışkanlığı, daha önce geçirilmiş herhangi bir kadın hastalığının olup olmadığı, psikiyatrik tedavi öyküsü, ilk adet yaşı, kaç günde bir adet olduğu, adet kaç gün sürdüğü, adet düzensizliği yaşayıp yaşamadığı, varsa adet düzensizliği için tedavi öyküsü sorulmuştur. Sadece infertil kadınlara özgü olan infertilite öyküsünde; infertilite tanısı konduktan sonra geçen süre, son infertilite tedavi süresi, daha önce geçirilmiş gebelik olup olmadığı, daha önceki geçirilen gebeliğin nasıl sonuçlandığı, infertilite tedavi özgeçmişi sorgulanmıştır. Bu bilgiler görüşme sırasında doktor tarafından alınmıştır. Görüşme sırasında aynı zamanda hastanın alınan HAM-D ve HAM-A ölçekler, klinik görüşme ve muayene ile hastaların depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı alanlar not edilmiştir.

#### 3.3.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: (HAM-D)

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır (83). Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 madde içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Geriye kalan 4 madde ya seyrek (depersonalizasyon) olarak görülür ya da şiddet yerine hastalığın boyutunu (günlük değişimler) tanımlar. HAM-D ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir. En yüksek 53 puan alınır. HAM-D psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog, sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Klinik araştırmalarda test kullanımı konusunda eğitim almış klinisyen olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. Uygulanması ortalama 15 dakika sürer. İlk yayınlandığında herhangi bir rehber içermeyen ölçek, daha sonra her maddeyi ölçmek için önerilerle birlikte

yayınlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında HAM-D adıyla Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Kesme noktaları 23 <; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve  $7 \geq$  normal olarak saptanmıştır. HAM-D iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, güvenilirlik katsayısı ise 0.76 olarak bulunmuştur (84).

### **3.3.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)**

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği 1959 yılında Hamilton M. tarafından, anksiyetenin düzeyini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Görüşmecinin değerlendirdiği, yarı yapılandırılmış kişinin son 72 saatini değerlendiren bir ölçektir. Test 14 maddeden oluşan beşli likert tipi sorulardan oluşur. Her madde 0-4 arası puanlandırılıp ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. Türkiyede yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam kazanır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını 1998 yılında Yazıcı MK, Demir B yapmıştır. Güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin değerlendiriciler arası güvenilirliği hesaplanmış ve tek tek maddeler için 0.51-0.97 arasında bulunmuştur. Ortalama değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan için ise 0.94 olarak elde edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında, HAM-A'nın Durumluluk Kaygı Ölçeği ile arasındaki korelasyon katsayısına bakılmış ve  $r = 0.67$  olarak hesaplanmıştır ve anlamlı düzeydedir ( $p < 0.01$ ) (85)

### **3.3.4. Suçluluk Utanç Ölçeği (SUTÖ)**

Suçluluk Utanç Ölçeği N. H. Şahin ve N. Şahin tarafından geliştirilen çeşitli durumlarda yaşanan ve depresyonla ilişkili Suçluluk Utanç duygularını ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 24 maddeden oluşmakta olup, beşli likert tipi bir ölçektir. Bu 24 maddenin 12' si suçluluk 12' si ise utanç alt ölçeğini oluşturmaktadır. Ölçeklerden alınan puanlar yükseldikçe suçluluk ve utanç düzeylerinin de yükseldiği varsayılır. Her bir alt ölçekten ayrı ayrı en düşük 12, ve en yüksek 60 puan alınır. Suçluluk maddeleri: 3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24; utanç maddeleri: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20 numaralı maddeleridir (86).

### **3.3.5. Fertilite Sorunu Envanteri (Fertility Problem Inventory):**

Fertilite sorunu envanteri, bireyin infertilite ile ilişkili global stres düzeyini ölçmek üzere C.R. Newton ve arkadaşları tarafından 1999'da geliştirilen, 46 maddeden oluşan kendini değerlendirme tipinde bir ölçektir. Hem primer hem de sekonder infertiliteye sahip hastalarda kullanılabilir. Ölçek, infertilite ile ilişkili daha spesifik alanlardaki stresi değerlendiren beş alt ölçek içermektedir. Bunlar; sosyal sorunlar (yorum ve eleştirilere duyarlılık, infertilite hatırlatıcıları, sosyal yalnızlık / izolasyon ile ilgili duygular, aileden ve kendi arkadaşlarından uzaklaşma / onlara yabancılaşma), cinsel sorunlar (azalmış cinsel haz / eğlence ya da cinsellikte kendine güven, takvime dayalı cinsel ilişki zorlukları), ilişki sorunları (infertilite hakkında konuşmanın zorlukları, cinsiyet farklılığını anlama-kabullenme, ilişki üzerine etkisine dair endişeler), ebeveyn olma ihtiyacı (ebeveyn rolü ile gizli özdeşim, yaşamın temel ya da hayati bir amacı olarak ebeveyn olma) ve çocuksuz yaşam biçimini red (çocuksuz yaşam biçimi ya da konuma negatif bakış, gelecekteki doyum ya da mutluluğun bir çocuk sahibi olmaya bağlı olması) başlıklarında değerlendirilir. “Tamamen katılıyorum” ve “Hiç katılmıyorum” arasında değişen altılı Likert tipi bir ölçüm sınıflaması vardır. Yüksek puanlar infertilite ile ilişkili artmış stresi gösterir (7).

### **3.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:**

Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 gruba içerir. Bunlar; “aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan”dır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki 4 maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (87). Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995'de, bu ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi ise 2001'de yine aynı yazarlar tarafından yapılmıştır (88).

### **3.3.7. Algılanan Aile Desteği Ölçeği:**

Procidone ve Heller (1983) tarafından geliştirilmiş olan, Eskin (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD AL) kullanılmıştır. Ölçekte "Evet", "Hayır" ve "Kısmen" cevap seçeneklerinden birini işaretleyerek, cevap verilecek 20 madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki her madde için "0", "1", "2" olarak puanlanmıştır. Puanlar 0-2 arasında değişmektedir (Eskin 1993, Gürçay 1998). Eskin (1993) aileden algılanan sosyal destek ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayısını 0.85 olarak saptanmıştır (89).

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (Ort.), standart sapma (Sd), medyan (ortanca) olarak belirtilmiştir. Niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki ise Spearman korelasyon testi ile sınanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışma 30.01.2015-30.07.2015 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniği'ne başvuran infertilite tanısı almış 71 kadın olgu ve bu olgularla yaş ve cinsiyet açısından benzer 71 sağlıklı kontrol ile yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 19 ile 43 yıl arasında değişmekte olup infertil grubun yaş ortalaması  $30\pm 3.67$ , kontrol grubunun yaş ortalamasının  $28,72\pm 5,01$  di (p:0.084)(tablo 1).

Çalışmaya katılan infertil grubun evlenme yaş ortalaması  $22.51\pm 3.60$ , kontrol grubunun evlenme yaş ortalaması  $22.82\pm 4.81$ 'di ve infertil grup ile kontrol grubunun evlenme yaş ortalaması benzerdi (p:0.891) (tablo 1).

Grupların çalışma durumu değerlendirildiğinde infertil grubun %76.1'ini (n=54) ev hanımı, %19.7'sini (n=14) işçi, %4.2'sini (n=3) memur oluşturmaktaydı. Kontrol grubunu ise %47.9'unu (n=34) ev hanımı, %29.6'sını (n=21) işçi, %22.5'ini (n=16) memur oluşturmakta çalışanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü (p:0.001) (tablo 1).

Grupların sosyodemografik özellikleri tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo - 1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

		Hasta Grup (n=71)	Kontrol Grubu (n=71)	<i>p</i>
Yaş(yıl); <i>Ort±SD</i>		30±3,665	28,72±5,009	0,084
Evlenme Yaşı(yıl); <i>Ort±SD</i>		22.51±3.601	22.82±4.812	0.891
Mesleki durumu; <i>n</i> (%)	<i>Ev hanımı</i>	54 (76.1)	34 (47.9)	<b>0,001</b>
	<i>İşçi</i>	14(19.7)	21 (29.6)	
	<i>Memur</i>	3 (4.2)	16 (22.5)	
Eğitim durumu; <i>n</i> (%)	<i>Okur-yazar</i>	13 (18.3)	4 (5.6)	<b>0,001</b>
	<i>İlköğretim</i>	29 (40.8)	20 (28.2)	
	<i>Lise</i>	23 (32.4)	35 (49.3)	
	<i>Üniversite</i>	6 (8.5)	12 (16.9)	
Gelir durumu; <i>n</i> (%)	<i>Asgari ücret ve altı</i>	22 (31)	3 (4.2)	<b>&lt;0,001</b>
	<i>Asgari ücret ve iki katı</i>	41 (57.7)	21 (29.6)	
	<i>Asgari ücret üç katı ve üstü</i>	8 (11.3)	47 (66.2)	
Sigara kullanımı; <i>n</i> (%)	<i>Sigara var</i>	18 (25.4)	26 (36.6)	<b>0,147</b>
	<i>Sigara yok</i>	53 (76.4)	45 (63.4)	

Gruplar geçmişte aldıkları psikiyatrik tanıya göre değerlendirildiğinde infertil grubun %18.3'ünün (n=13) depresyon hikayesi, %14.1'inin(n=10) anksiyete hikayesi bulunduğu; kontrol grubunun ise %7.0'nın (n=5) depresyon hikayesi, %4.2'sinin (n=3) anksiyete hikayesi bulunduğu görülmüştür. İnfertil grubun geçmişte aldığı

depresyon ve anksiyete hikayesi oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.009).

Gruplar arasında HAM-D puanları değerlendirilirken kesme puanı 14 ve üstü depresyon olarak değerlendirilmiştir (84). Buna göre infertil grubun %14.1'inde (n=10); kontrol grubunun ise %9.9 (n=7) depresyon bulunmuştur. Gruplar arasında depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p:0.438) (tablo2).

**Tablo - 2. Grupların Görüşme Sırasında HAM-D Puanlarına Göre Depresyon Durumları**

		Hasta	Kontrol	<i>p</i>
		Grup (n=71)	Grubu (n=71)	
Depresyon; n (%)	Var ( HAM-D 14 ve üstü )	10 (14.1)	7 (9.9)	0,438
	Yok ( HAM-D 14 altı )	61 (85.9)	64 ( 90.1)	

Gruplar arasında HAM-A puanları karşılaştırıldığında, infertil grupta HAM-A ortanca ve minimum-maksimum puanları 10, 2-42; kontrol grubunda HAM-A ortanca ve minimum-maksimum değerleri 7, 0-34 bulunmuştur. İnfertil grupta HAM-A puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p<0.001) (tablo3).

Gruplar arasında suçluluk-utanç puanları karşılaştırıldığında, infertil grupta ortanca ve minimum-maksimum puanı 101, 79-112; kontrol grubunun ortanca ve minimum-maksimum puanı 69, 47-94 bulunmuştu. İnfertil grupta suçluluk-utanç toplam puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0.001) (tablo 3).

Gruplar arasında suçluluk-utanç ölçeği utanç alt puanı infertil grupta kontrol gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p<0.001) (tablo 3).

Gruplar arasında suçluluk-utanç ölçeği suçluluk alt puanı infertil grupta (ortalama standart sapma  $56.62 \pm 6.3$ ) kontrol grubuna (ortalama standart sapma  $36.9 \pm 8.7$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ( $p < 0.001$ ) (tablo 3) .

Gruplar arasında ‘Algılanan Sosyal Destek’ puanları karşılaştırıldığında, infertil grubun ortanca ve minimum-maksimum puanı 55, 9-74; kontrol grubunun ortanca ve minimum-maksimum puanı 52, 33-67 bulundu. İnfertil grupta algılanan sosyal destek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştu ( $p:0.030$ ) (tablo 3).

Gruplar arasında ‘Algılanan Aile Desteği’ puanları karşılaştırıldığında, infertil grubun ortanca ve minimum-maksimum puanı 30, 17-39; kontrol grubunun ortanca ve minimum-maksimum puanı 37, 25-40 bulunmuştur. İnfertil grupta algılanan aile desteği puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştu ( $p < 0,001$ ) (tablo 3).

Gruplar arasında ‘Fertilite Sorunu Envanteri’ puanları karşılaştırıldığında, infertil grubun ortanca ve minimum-maksimum puanı 176, 118-204; kontrol grubunun ortanca ve minimum-maksimum puanı 135, 109-171 bulunmuştur. İnfertil grupta fertilite sorunu envanteri puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştu ( $p < 0.001$ ) (tablo 3).

**Tablo - 3. Grupların Hamilton Anksiyete, Suçluluk-Utanç, Algılanan Sosyal Desteği, Algılanan Aile Desteği, Fertilite Sorunu Envanteri Ölçeklerinin Değerlendirilmesi**

	Hasta Grup (n=71) Ortanca, min-max	Kontrol Grup(n=71) Ortanca, min-max	<i>p</i>
<b>HAM-A</b>	10, 2-42	7, 0-34	<0.001 <sup>a</sup>
<b>ASDÖ</b>	55, 9-74	52, 33-67	0.030
<b>AADÖ</b>	30, 17-39	37, 25-40	<0.001
<b>FSE</b>	176, 118-204	135, 109-171	<0.001
<b>SUTÖ</b>	101, 79-112	69, 47-94	<0.001
<b>SUTÖ/U</b>	44, 31-61	30, 17-55	<0.001
<b>SUTÖ/S ortalama, sd</b>	56,43-72	36,19-55	<0.001

<sup>a</sup>: Mann Witney U testi



**HAM-A: Hamilton anksiyete ölçeği**

**ASDÖ: Algılanan sosyal destek ölçeği**

**AADÖ: Algılanan aile desteği ölçeği**

**FSE: Fertilite sorunu envanteri**

**SUTÖ: Suçluluk-Utanç ölçeği**

**SUTÖ/U: Suçluluk-Utanç ölçeği Utanç alt bölümü**

**SUTÖ/S: Suçluluk-Utanç ölçeği Suçluluk alt bölümü**

İnfertil grupta depresyonu (HAM-D 14 ve üstü) olanlar ve olmayanlar (HAM-D 14 altı) suçluluk-utanç puanı, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştı ( $p>0.05$ ).

İnfertil olguların depresyonu olanlar ve depresyonu olmayanlar arasında algılanan aile desteği puanı karşılaştırıldığında, depresyonu olan infertil hastalarda algılanan aile desteği ( $24.9\pm 4.7$ ); depresyonu olmayan infertil hastalarda algılanan aile desteğine ( $29.8\pm 5.4$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştı ( $p:0.012$ ).

İnfertil grupta sorduğumuz “Süreç içerisinde alabildiğiniz en önemli destek kimden geldi?” açık uçlu sorusuna infertil hastaların %72.2’si ( $n=52$ ) eşinden, %16.9’u ( $n=12$ ) annesinden, %10.9’u ( $n=7$ ) çevresindeki diğer insanlardan destek aldıklarını belirtmişlerdi.

İnfertil grupta sorduğumuz “Süreç içerisinde alamadığınıza üzüldüğünüz destek nedir? Nasıl bir destek alabilmek isterdiniz?” açık uçlu sorusuna infertil hastaların %29.6’sı ( $n=21$ ) yeterli tıbbi tedavi, %33.8’i ( $n=24$ ) yeterli maddi yardım, %5.6’sı ( $n=4$ ) doktor tutumlarının destekleyici olmadığı, %9.9’u ( $n=7$ ) sağıksız çevre tutumu, %12.7’si ( $n=9$ ) süreçte yalnız bırakılma, %8.5’i ( $n=6$ ) yetersiz moral motivasyon desteği olduğunu belirtmişlerdi.

İnfertil olguların 'Fertilite Sorunu Envanteri' puanı ile 'Hamilton Depresyon Ölçeği' puanı arasında negatif yönlü korelasyon vardı (p:0,005, r:-0,327).

İnfertil olguların infertilite tedavi süresi ile suçluluk utanç toplam puanı arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştı (p:0,033, r:-0,253).

İnfertil olguların infertilite süresi ile Hamilton Anksiyete puanı arasında pozitif yönlü korelasyon vardı ( p:0,039, r:0,246 ).



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada infertilite tedavisi gören 71 kadının depresyon, anksiyete, algılanan aile desteği, algılanan sosyal destek, fertilite sorunu envanteri, suçluluk- utanç düzeyleri ve infertilite ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve psikolojik değişkenler sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Araştırmada infertilite ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve psikolojik değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenler karşılaştırılmıştır.

İnfertiliteye ait çalışmaların, tedavi edilmeyen infertil hastalara ulaşmanın güçlüklerinden dolayı daha çok tedavi almakta olan hasta grupları üzerine yoğunlaştığını görülmektedir. Gerçekten de bu araştırmalara katılan bireyler sıklıkla ya gönüllü ya da kliniklere tedavi amacıyla başvuran kişilerden oluşmaktadır. Bu nedenle çalışmanın tüm infertil hastaları temsil ettiğini söylemek olanaklı değildir.

İnfertil kadın grubuyla kontrol grubunun eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında infertil grubun eğitim düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştu (tablo 1). Bunun nedeni kontrol grubunun yeterince homojen seçilememesi ile ilgili olabilir.

İnfertil kadın grubu ile kontrol grubu gelir düzeyleri karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar vardı. İnfertil grubun gelir düzeyi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük bulunmuştu (tablo 1). Yine kontrol grubunun homojen seçilmemiş olması bu denli farkı ortaya çıkarmış olabilir. Ama yine de çalışmamıza katılan infertil grubun gelir düzeyi yurt içinde yapılan bazı çalışmalar ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu görülmüştür (90). Bazı araştırmacılar düşük gelire sahip infertil bireylerin daha az tedavi aldıklarını ve büyük olasılıkla bu nedenle araştırmalara daha az katılabildiklerini ileri sürmüşlerdir (52).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada infertil olguların depresyon puanları, anksiyete düzeyleri, ruhsal belirti şiddeti kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş. İki grup arasında evlilik ilişkisi ve cinsel ilişki açısından anlamlı bir fark saptanmamış. Çalışan, ekonomik durumu iyi olan ve eğitim düzeyi yüksek olan infertil kadınlarda depresyon puanlarının azalma eğiliminde olduğu görülmüş. Ayrıca gelir durumu ile genel belirti düzeyleri arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur. Gelir durumu azaldıkça genel belirti şiddetlerinde artma olduğu saptanmış (91).

Çalışmamızda infertil grubun özgeçmişte aldıkları psikiyatrik tanıya bakıldığında infertil grubun özgeçmişte aldığı depresyon ve anksiyete tanı oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştu (tablo 2). Bu durum infertilite ile psikiyatrik problemler arasında etyolojik bir ilişki olabileceğini destekler niteliktedir. (Literatür yok)

Araştırmamıza katılan infertil grubun HAM-D puanlarına baktığımızda kesme puanı 14 ve üstü depresyon olarak değerlendirildiğinde (84) infertil grubun %14.1'inde; kontrol grubunun ise %9.9'unda depresyon görülmektedir. Gruplar arasında depresyon varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir (tablo 3). Bizim çalışmada iki grupta depresyonun farklı çıkmamasının muhtemel nedeni çalışmaya katılan infertil kadınların çocuk sahibi olma umutlarını henüz kaybetmemiş olmaları olabilir. Zaten tedavi almaya gelmeleri de bunu ispatlamaktadır

On dokuz infertil kadın ve 20 sağlıklı kontrol ile yapılan bir çalışmada infertil guruptaki kadınlardan 12'sinde, kontrol grubunun ise 4'ünde depresyon tespit edilmiş. Bu çalışmada açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda depresyon daha yüksek bulunmuş. Bu çalışmada kadınlar infertil oldukları hakkında bilgilendirildikten hemen sonra depresyon yaşadıkları görülmüş ve infertilite depresyonun nedeni gibi düşünülmüş (92). Üç yüz otuz sekiz infertil ve 39 sağlıklı kontrol ile yapılan başka bir çalışmada kontrol grubuna göre infertil kadınlarda depresyon puanları ve depresyon varlığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca infertil olduğunu 2-3 yıldır bilen kadınlar 1 ya da 6 yıldır bilen kadınlara göre

depresyon ölçeklerinden daha yüksek puanlar almışlardır. Bu çalışmada genel olarak infertil kadınlarda depresyon daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca infertilitenin ilk dönemleri ve uzun süren infertilitenin psikiyatrik belirtilerde artmaya neden olduğu görülmektedir (93). Yine bir başka çalışmada da kısa ve uzun süreli infertilitede orta süreli infertiliteye göre depresyon puanlarının daha düşük olduğu görülmüş (28). Bu durumda infertilitenin ilk dönemlerinde kadınların henüz umutlarını kaybetmemeleri ve uzun zaman sonra da (6 yıl) olaya alıştıkları ve depresif durumlarının bu yüzden diğer dönemlere göre daha düşük olduğu yorumu yapılabilir. Bizim çalışmamızda bu çalışmaların aksine depresyon kontrollerden farklı değildi. Bunun nedeni çalışmamıza katılan infertil grubun aldıkları sosyal desteğin daha fazla olması ile açıklanabilir.

Bir başka çalışmada infertil kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin infertil olmayan kadınlardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin farkı incelenmiştir. Çalışmaya 19-45 yaşları arasında 12584 Norveçli kadın katılmış ve kadınlar 1995 yılından 1997 yılına kadar izlenmiştir. İnfertil olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında infertil kadınların yüksek düzeyde anksiyete semptomları ile ve infertil olmanın ise daha düşük düzeyde depresif semptomlarla ilişkili olduğunu saptanmıştır (94). Bu çalışma bizim çalışmadan farklı olarak çok fazla birey üzerinde çalışılmış ve sonuçları bizim sonuçlar ile uyuşmamaktadır. Bizim çalışmamızda gruplar arasında depresyon açısından anlamlı fark bulunmazken, kontrol grubunun anksiyete skorları infertil gruba göre anlamlı yüksek bulunmuştu. Aradaki farklılığı örneklem sayısına ve kültürler arasında ki farka bağlayabiliriz.

Bir başka yurt dışı çalışmasına 174 infertil kadın ve 144 kadının eşi katılmış katılımcılara 4'üncü, 10'uncu, 18'inci aylarda görüşmeler yapılmış, kadınların %39.1'i, 18 ay süresince majör depresyon kriterlerini karşıladığı görülmüştür (95). Bizim çalışmamızda infertil grubun sadece % 14.1'inde depresyon görülmüştür. Bizim çalışmamızın depresyon oranının daha düşük olmasını hastaları sadece bir defa görüşmeye alıp değerlendirmemiz, birden fazla değerlendirmeye almayışımız olabilir.

Rutin jinekolojik kontrollere tabi tutulan doğurgan kadınlarla, infertil kadınları kıyaslayan bir çalışmada, doğurgan kadınların %3.9'u infertil kadınların ise %11'inin depresif epizod kriterlerini karşıladığı belirlenmiş (96). Başka bir çalışmada, ilk infertilite kliniği başvurusunda görüşme yapılan 112 infertil kadında psikiyatrik bozukluk yaygınlığı % 40 olarak bulunmuş. Bunlar arasında en yaygın olan tanı depresif bozukluk (% 17) ve anksiyete bozukluğu (% 23) olarak saptanmış (96, 97).

Yurt içinde yapılan bir çalışmada infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete seviyesini belirlemek amaçlanmış ve tedavi ile kültürel faktörler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çalışmaya 107 infertil ve 63 sağlıklı kontrol grubu kadın değerlendirilmiştir. Bu çalışmada iki grubun depresyon-anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Eşiyle kötü ilişkileri olduğunu rapor eden ve ailesinde eşinin baskısı altında olduğunu rapor eden kadınların psikolojik belirtileri daha fazla bulunmuş (98). Bu çalışma bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Yurt dışında yapılmış bir çalışma da infertil kadınların depresyon anksiyete düzeyleri fertil kadınlarınkine göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre infertil kadınlar daha fazla psikososyal zorluk yaşamaktadır (99).

Yurt dışında yapılan bir başka infertilite ile yapılan depresyon ve anksiyete ilişkisini araştıran çalışma da infertilite süresi 1-20 yıl arasında değişen 370 kadın katılımıyla gerçekleşmiş ve infertil kadınların 151'inde depresyon, 321'inde ise anksiyete saptanmıştır. Sonuçlara göre depresyon ve anksiyete infertilitenin 4-6'ncı yıllarında en yaygın ve depresyon en fazla 7-9'uncu yıllarda gözlenmiştir. Depresyon infertilite nedeni ve süresi ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuş (100). Bu çalışma bizim çalışmaya benzer sonuçlar bulmuş ve bizim çalışmamızı destekler niteliktedir fakat bizim çalışmamız daha az infertil ve kontrol ile yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan infertil olguların infertilite süresi ile Hamilton Anksiyete puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İnfertil hastaların infertilite süresi uzadıkça infertil kadınların anksiyete skorlarının arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda infertil grupta depresyonu (HAM-D 14 ve üstü) olanlar ile olmayanlar (HAM-D 14 altı) suçluluk-utanç puanı, infertilite süresi, infertilite tedavi süresi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

İnfertilite hastalarında sıkıntı seviyesi, tedavi yoğunlaştıkça ve tedavi süresi uzadıkça daha da artma eğilimindedir. Tekrarlayan ve uzun süren tedavi girişimleri üst üste geldiğinde infertil kadınlar için depresyon, anksiyete, öfke ve izolasyon kaçınılmaz hale gelir (1, 28). IVF ile gebe kalamamış olan 86 çiftin retrospektif incelemesinde, kadınların % 66'sında ve erkeklerin % 40'ında başarısız IVF tedavilerini takiben depresyon semptomları bildirilmiş ve katılımcıların üçte biri 18 ay sonrasında da depresif bulgularının devam ettiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, başarısız bir IVF girişiminden sonra kadınların yaklaşık % 13'ünün pasif intihar düşünceleri olduğu bildirilmiştir (101). Ayrıca psikolojik stres, tedavi başarısızlığını takiben bir sonraki tedavi girişimine devam etmemek için en yaygın neden olarak belirtilmiştir (1).

Yapılan bir çalışmada gebe kalmadaki başarısızlığın sağlık sorunları, düşük benlik saygısı, yas tutmaya benzer bir his, depresyon, suçluluk ve hayal kırıklığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (102).

Yapılan bir çalışmada infertil kadınların yarısının infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak kabul ettiklerini, erkeklerin ise % 15'inin bu düşüncüyü paylaştığını ifade etmişlerdir (50). Benzer bir çalışmada; infertil kadınların değersizlik, yetersizlik, kişisel kontrolün eksikliği, kızgınlık, acı, depresyon, endişe, stres, diğer annelere karşı kıskançlık ve dışlanmışlık hissi yaşadıklarını belirtmiştir (103).

İnfertiliteyle psikolojik fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi ele alan deneysel çalışmalar iki modelden birine yönelmişlerdir: Bunlardan ilki varolan bir psikopatolojinin infertilite etyolojisinde rol oynadığını ileri süren -psikolojik infertilite modeli, diğeri ise infertilitenin bir sonucu olarak psikolojik sorunların ortaya çıktığını savunan psikolojik sonuç-modelidir (52).

Bizim çalışmamızda infertil grupta suçluluk-utanç toplam puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştu (tablo 4). Fizyolojik süreçlerle emosyonların dinamikleri birbirleriyle ilişkilidir ve biri diğerini etkisi altına alabilir. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir stigma yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır. Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (104)

Literatürde bilebildiğimiz kadarıyla infertilite ile utanç-suçluluk ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadık. Bu yönüyle çalışmamızın literatüre önemli katkı sunacağını düşünmekteyiz.

Galhardo ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; sağlıklı çiftler, tedavi ya da yardım almayan infertil çiftlerle tedavi alan infertil çiftlerin karşılaştırılmasında psikolojik süreçlerin rolünü incelemişlerdir. Bu çalışmada içsel utanç, dışsal utanç ve öz-yargılama gibi psikolojik süreçlerle ilişkilere bakılmıştır. Çalışmaya 100 sağlıklı çift, 100 tedavi alan infertil çift ve 40 tedavi almayan infertil çift katılmıştır. Beck Depresyon Envanteri, Spielberger Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri, Utanç Deneyimi Ölçeği (Experience of ShameScale) ve Kendi Kendine Merhamet Ölçeği (Self-compassionScale) kullanılmıştır. Tedavi alan infertil grupta diğer gruplara göre depresyon, anksiyete, dışsal utanç, içsel utanç ve öz-yargılama puanları daha yüksek olarak ölçülmüştür. Bu çiftlerde içsel ve dışsal utanç ile öz-yargılama depresif olma durumu ile ilişkilendirilmiştir. Diğer gruplara göre tedavi alan infertil gruptaki kadınların anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (105)

Mahlstedt ve arkadaşlarının yaptığı, 63 infertil kadın ve 37 infertil erkeğin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların % 96'sının hayal kırıklığı, %81'inin umutsuzluk hissettiği, % 82'sinin depresyonda olduğu ve % 67'sinde öfke sorunu olduğu saptanmıştır (106).

Gruplar arasında Algılanan Sosyal Desteği puanları karşılaştırıldığında, infertil grupta algılanan sosyal destek puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak



anlamli yuiksek bulunmuştur (tablo 4). İnfertil grupta algılanan aile desteği puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli düşük bulunmuştur (tablo 4). Farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda kadınların eşlerinden algıladıkları desteğin infertilite ile ilişkili sorunlar üzerinde olumlu, kendi ve eşinin yakınlarının eleştirilerinin ise olumsuz sonuçları arttırdığına dair bulgular vardır (107, 108).

Bizim alışmamızda infertil grubun yeterince aileden destek alamadıklarını düşündüklerini bunun yanı sıra sosyal destek algılarının daha güçlü olduğunu söyleyebiliriz. Algılanan aile desteğin zayıf olması, kadınların eşleri ve yakın çevresi ile olan iletişiminin azalmasına, belki de kadınlar eşleriyle paylaşamadıklarında bu paylaşım başka sosyal destek kaynaklarına yönelmektedir. Bu konu literatürde, daha önce yapılmış ve kadınların kocalarını en önemli sosyal destek kaynağı olarak gördüklerini, kadınların infertilite ile başa çıkarken erkeklere göre daha fazla sosyal destek arama eğiliminde olduklarını söyleyen çalışmalarla uyumludur (108). Yurt içinde yapılan bir çalışmada sosyal destek algı düzeyinin kontrol grup ile infertil grup benzer bulunmuştur (109).

İnfertilite ve sosyal destek ilişkisine baktığımızda infertil hastaların sağlık profesyonelleri tarafından kontrol algılarını, optimizmini, sosyal desteğini arttırmaya yönelik girişimlerin yaşadıkları stresi azaltabileceği söylenmektedir. İnfertilite tedavisinde, sosyal desteğin başarısız tedavinin yarattığı stres ile ruhsal yanıt arasında tampon görevi gördüğünü söylemektedir (110).

Gebelik ‘‘psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem’’ olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir. Kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladı (9). İnfertilite ise bir çeşit yas olarak algılanması, depresyonun ortaya çıkışı, infertiliteye karşı oluşan öfke, hayal kırıklığı, suçluluk duyguları, şok, inkar, anksiyete, beden imajının bozulması, kontrol kaybı, inanç ve özgüvende değişikliklerin oluşumu ve sosyal etkileri sayılabilir (111).

Çalışmamızda infertil grubun fertilite sorunu envanteri puanlarını kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamli yuiksek bulunmuştu (tablo 4). İnfertil grupta

kadınların global stres düzeyi ve alt ölçeklerden sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ebeveyn olma ihtiyacı ile ilişkili stres düzeyinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır.

İnfertil grupta sorduğumuz “Süreç içerisinde alabildiğiniz en önemli destek kimden geldi?” açık uçlu sorusuna infertil hastaların %72.2’si ( n:52 ) eşinden, %16.9’u ( n:12 ) annesinden, %10.9’u ( n: 7) çevresindeki diğer insanlardan destek aldığını belirtmişlerdir. Bu sorunun benzerine literatürde rastlanamamıştır. Ancak bir çalışmada infertil bir kişi için en temel ve güçlü desteğin sır verebileceği bir arkadaş olduğu belirtilmektedir (112)

İnfertil grupta sorduğumuz “Süreç içerisinde alamadığınıza üzüldüğünüz destek nedir? Nasıl bir destek alabilmek isterdiniz?” açık uçlu sorusuna infertil hastaların %29.6’sı (n:21) yeterli tıbbi tedavi, %33.8’i (n:24) yeterli maddi yardım, %5.6’sı (n:4) doktor tutumlarının destekleyici olmadığı, %9.9’u (n:7) sağlıksız çevre tutumu, %12.7’si (n:9) süreçte yalnız bırakılma, %8.5’i (n:6) yetersiz moral motivasyon desteği olduğunu belirtmişlerdir. İnfertil hastaların en çok sürecin maddi külfetinden ve tıbbi tedavinin yeterli olmadığına yakındıkları görülmektedir. Bu da çaresiz kalmak istemediklerini göstermektedir.

Çalışmaların çoğunda infertilite ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki bulunurken, bazı çalışmalarda ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmada depresyon oranı açısından bir fark bulunmazken, anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Depresyon oranı yüksek olan çalışmaların çoğunda infertilite tedavi süresinin ya çok kısa yada çok uzun olması dolayısıyla hastaların tanı konulduktan kısa bir süre sonra bir şok yaşama, tanıyı yadsıma, tanıyı kabullenememeye bağlı depresyon oranlarının yüksek olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmada infertililerin çoğu orta düzeyde bir tedavi süreci içerisinde olması ve dolayısıyla infertil kadınların tanıyı kabullenmiş, tedavi aşamasında umutlarının tükenmemiş olması nedeniyle depresyon skorlarında anlamlı bir fark bulunmamış olabilir. Çalışmamızda birçok çalışmada olduğu gibi infertil grubun anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Anksiyete skorlarının yüksek olması infertil kadınların geçmişte yaşadıkları olumsuz tecrübeler, acaba çocuksuz kalacak mıyım endişesi, kültürel bazı faktörler dolayısıyla yüksek olduğu kanısına

varılmıştır. Algılanan aile ve sosyal destek skorları açısından bakıldığında birçok çalışmada infertil kadınların eşlerinden algıladıkları desteğin infertilite ile ilişkili sorunlar üzerinde olumlu, kendi ve eşinin yakınlarının eleştirilerini ise olumsuz sonuçları arttırdığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda infertil grubun yeterince aileden destek alamadığını bunun yanında sosyal destek algılarının daha güçlü olduğu sonucuna varılmıştır. Literatürde infertil kadınlarda suçluluk-utanç ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bizim çalışmamızın özgün yönünü oluşturmaktadır. İnfertil kadınların kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek suçluluk-utanç skorları bulunmuştur. Buda bize infertil kadınların tedavi süreci içerisinde gelişen damgalanma korkusu, çocuksuz kalmanın bir eksiklik, değersizlik, yetersizlik duyguları ile beraber zamanla kişinin suçluluk ve utanç duyguları geliştirdiğini göstermektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda infertil grubun, anksiyete, suçluluk-utanç, algılanan sosyal destek ve fertilitte sorunu envanteri puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, algılanan aile desteği puanı infertil grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu.

İnfertil olguların 'Fertilitte Sorunu Envanteri' puanı ile 'Hamilton Depresyon Ölçeği' puanı arasında ve infertilite tedavi süresi ile suçluluk utanç toplam puanı arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. İnfertil olguların infertilite süresi ile Hamilton Anksiyete puanı arasında ise pozitif yönlü korelasyon saptandı.

İnfertilite durumu ve infertilite tedavisi için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini, sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve duygusal enerjisini tüketerek, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olabilmektedir (113). Bu nedenlerle infertilite sorunu yaşayan çiftlerin psikiyatrik desteğe ihtiyaçları olabileceği akılda tutulmalı ve hastalar bu açıdan değerlendirilmeli ve gerektiği durumlarda bir psikiyatriste yönlendirilmelidirler. Bu bağlamda infertilite poliklinikleri ile psikiyatri polikliniklerinin irtibat halinde olmasında fayda olacağı kanısına varılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, hasta sayısının kısıtlılığı, kullanılan yöntemler nedeniyle toplum geneline uyarlanamaz. Fakat bu sonuçların hastaların yaşadıkları psikososyal zorlanmalar ve tedaviye uyumları açısından önemli bilgiler verdiği düşünülmektedir. Bu konuda çok merkezli ve daha kapsamlı çalışmaların yapılması, infertilite hastalarında psikiyatrik bozuklukların ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilecek faktörlerin daha iyi anlaşılmasına imkân sağlayacağı düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2007;21(2):293-308.
2. Gerrity DA. A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal*. 2001;9(2):151-8.
3. Dohle G, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G, Papp G, Pomerol J, et al. *EAU İnfertilite Klavuzu*. 1992.
4. Bodur NE, oşar B, Erdem M. İnfertil iftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;38(1).
5. 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):1247-53.
6. 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(3):244-51.
7. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*. 1999;72(1):54-62.
8. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(1):3-16.
9. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2008;28(4):525-32.

10. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR)(E Köroğlu, Çev) Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001.
11. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2009;36(4):771-88.
12. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005;51(8):1061.
13. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. *A Research Agenda For DSM V: American Psychiatric Publishing*; 2008.
14. Link PW, Darling CA. Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*. 1986;12(1):46-59.
15. Nikiforuk MJ. Environmental hypersensitivity: living in a hostile world. *Can Nurse*. 1985;81(5):42-6.
16. Cook R. The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1993;14(1):31-40.
17. Edelmann RJ, Connolly KJ. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*. 1986;59(3):209-19.
18. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*. 2006;21(2):558-64.
19. Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*. 2006;51(5):421-6.
20. Van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2007;28(2):87-95.

21. AL G. - Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45(11):1679-704.
22. Wischmann TH. Psychogenic infertility—myths and facts. *Journal of assisted reproduction and genetics.* 2003;20(12):485-94.
23. O'Moore A, O'Moore R, Harrison R. Psychosomatic factors in patients with hyperprolactinemia. *Obstet Gynecol.* 1983;55:591-608.
24. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction.* 2002;17(11):2986-94.
25. Morse C, Dennerstein L. Infertile couples entering an in vitro fertilisation programme: a preliminary survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 1985;4(3):207-19.
26. Stauber M. *Psychosomatik der sterilen Ehe: 13 Tab: Grosse;* 1988.
27. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human reproduction.* 2001;16(8):1753-61.
28. Domar A, Zuttermeister P, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertility and sterility.* 1992;58(1):144-7.
29. Hendrick V, Gitlin M, Altshuler L, Korenman S. Antidepressant medications, mood and male fertility. *Psychoneuroendocrinology.* 2000;25(1):37-51.
30. Gibson FL, Ungerer JA, Tennant CC, Saunders DM. Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and sterility.* 2000;73(3):565-74.
31. Herz EK. Infertility and bioethical issues of the new reproductive technologies. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(1):117-31.
32. Forrest L, Gilbert MS. Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling.* 1992.

33. Morice P, Josset P, Dubuisson JB. [History of sterility in ancient times. I. Sterility in Egypt. Diagnostic recipes for sterility and pregnancy in ancient Egypt]. *Contracept Fertil Sex.* 1995;23(6):423-7.
34. Neff DL. The social construction of infertility: the case of the matrilineal Nayars in south India. *Soc Sci Med.* 1994;39(4):475-85.
35. Leuzinger-Bohleber M. The 'Medea fantasy'. An unconscious determinant of psychogenic sterility. *Int J Psychoanal.* 2001;82(Pt 2):323-45.
36. Kraft AD, Palombo J, Mitchell D, Dean C, Meyers S, Schmidt AW. The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiatry.* 1980;50(4):618-28.
37. Stewart DE, Robinson GE. Infertility by choice or by nature. *Can J Psychiatry.* 1989;34(9):866-71.
38. Hull MG, Glazener CM, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;291(6510):1693-7.
39. Agoestina T, Kes M, Indonesia PM. A Variety of Routes of Natural Progesterone Administration (Why Considering Vaginal Route?)\*. 1989.
40. Atherton F, Howel D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. *J Public Health Med.* 1995;17(2):157-60.
41. Jaffe SB, Jewelewicz R. The basic infertility investigation. *Fertil Steril.* 1991;56(4):599-613.
42. Menken J, Trussell J, Larsen U. Age and infertility. *Science.* 1986;233(4771):1389-94.
43. Westrom L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol.* 1975;121(5):707-13.
44. Stillman RJ, Rosenberg MJ, Sachs BP. Smoking and reproduction. *Fertil Steril.* 1986;46(4):545-66.



45. Smith CG, Asch RH. Drug abuse and reproduction. *Fertil Steril*. 1987;48(3):355-73.
46. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med*. 1995;40(1):27-36.
47. Wathen N, Perry L, Lilford R, Chard T. Interpretation of single progesterone measurement in diagnosis of anovulation and defective luteal phase: observations on analysis of the normal range. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;288(6410):7-9.
48. Miller JH, Weinberg RK, Canino NL, Klein NA, Soules MR. The pattern of infertility diagnoses in women of advanced reproductive age. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1999;181(4):952-7.
49. Nichols WC. *Handbook of family development and intervention*: John Wiley & Sons Inc; 2000.
50. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni Jr L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and sterility*. 1985;43(1):48-53.
51. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*. 1999;22(4):341-58.
52. Berg B, Wilson J. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertility and sterility*. 1990;53(4):654-61.
53. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, VII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 2005.
54. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy*: Oxford University Press; 2007.
55. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertility and sterility*. 1985;43(3):335-46.
56. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler K, et al. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar,

sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(4):311-22.

57. Ak G. İnfertil Çiftlerin Depresyon Durumları Ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi İzmir. 2001.

58. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. Fertility and sterility. 1989;52(3):425-32.

59. Güçsavaş N. İnfertilitenin eşlere getirdiği sorunların ve bu konudaki hemşire rolünün belirlenmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 1986.

60. Honea-Fleming P. Psychosocial components in obstetric/gynecologic conditions with a special consideration of infertility. The Alabama journal of medical sciences. 1986;23(1):27-30.

61. Bingölo C. Yaşlılık Dönemi Depresyonda Fenomenolojik Özellikler, Bilişsel İşlevler ve Homosistein ile İlişkisi: Pamukkale Üniversitesi; 2015.

62. Birliği AP, Tamsal RB. Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013(s 234).

63. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. Epidemiology. 1991;2(2):123-32.

64. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. Archives of General Psychiatry. 1991;48(5):470-4.

65. Tomb A. Aile Hekimleri için Psikiyatri, çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay, s. 1994:70-7.

66. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık. 2010:130-8.

67. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, HYB Basım Yayın. 2007(2. Baskı):296-303.
68. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara, Turgut Yayıncılık. 2003.
69. Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2003;13(2):78-87.
70. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002(9. baskı):346-9.
71. Yetkin S, Aslan S, Akdemir A, Örsel S. Anksiyete bozuklukları. Sadock BJ, Sadock VA Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri İkinci baskı Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A Güneş Kitabevi, Ankara. 2005:211-2.
72. Kara N, Şahinler İ. Anksiyete. *ActualMedicine*. 2002;2:34-6.
73. Potter-Efron R, Carruth B. Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice: Routledge; 2014.
74. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara. 2003.
75. Carlson HM, Baxter LA. Androgyny, depression, and self-esteem in Irish homosexual and heterosexual males and females. *Sex Roles*. 1984;10(5-6):457-67.
76. Barasch DS. Dealing with guilt and shame. *Family Life*. 2000;4(2):34-7.
77. Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R. Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of personality and social psychology*. 1992;62(4):669.
78. Tangney JP, Burggraf SA, Wagner PE. Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. 1995.
79. Bybee JA, Sullivan EL, Zielonka E, Moes E. Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of adult development*. 2009;16(3):144-54.

80. Quiles ZN, Bybee J. Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *Journal of Personality Assessment*. 1997;69(1):104-26.
81. Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*. 1971.
82. Tangney JP. Shame and guilt in interpersonal relationships. JP Tangney ve KW Fischer (Eds), *Self-Conscious Emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* New York: The Guildford Press. 1995.
83. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
84. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
85. Yazici K, Pata O, Yazici A, Aktas A, Tot S, Kanik A. [The effects of hormone replacement therapy in menopause on symptoms of anxiety and depression]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 2003;14(2):101-5.
86. Şahin I, Şahin N. Suçluluk ve Utanç Ölçeği. *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirmede Sık Kullanılan Ölçekler: Türk Psikologlar Derneği (Turkish Psychological Association) Ankara; 1992.*
87. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
88. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.
89. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;55:660-7.
90. Akçin FG. İnfertil Çiftlerin Psikiyatrik Semptomlar, Cinsel İşlev Bozukluğu, Baş Etme Düzenekleri, Cinsiyet Rolü Algıları Açısından Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2005.

91. O b. infertilite ve tedavi sürecinin psikiyatrik etkileri. istanbul: istanbul üniversitesi; 2001.
92. Meller W, Burns L, Crow S, Grambsch P. Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2002;23(1):27-30.
93. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and sterility*. 1992;58(6):1158-63.
94. Biringer E, Howard LM, Kessler U, Stewart R, Mykletun A. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2015(0):1-8.
95. Holley SR, Pasch LA, Bleil ME, Gregorich S, Katz PK, Adler NE. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertility and sterility*. 2015;103(5):1332-9.
96. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1992;62(2):196.
97. Chen T-H, Chang S-P, Tsai C-F, Juang K-D. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*. 2004;19(10):2313-8.
98. Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal of reproductive medicine*. 2006;51(5):421-6.
99. Begum BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problem: A comparative study. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014;64(11):1287-91.
100. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC women's health*. 2004;4(1):9.

101. Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Huang K-E. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1988;9(3):181-90.
102. Edelmann RJ, Connolly KJ. Psychological state and psychological strain in relation to infertility. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 1998;8(4):303-11.
103. Williams ME. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in private practice*. 1997;16(3):7-26.
104. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Social science & medicine*. 1995;40(1):27-36.
105. Galhardo A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human reproduction*. 2011;26(9):2408-14.
106. Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. 1987;4(4):232-6.
107. Bagheri M. Coping with the stress of infertility treatment in females and males entering in vitro fertilization treatment. *Gender Medicine*. 2006;3:S70-S1.
108. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S-i, 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(5):398-404.
109. Bodur E. infertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkisi stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. *ankara: gazi*; 2008.
110. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2001;22(3):133-41.
111. Matthews R, Matthews AM. Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*. 1986:641-9.

112. Mousavi S. SKM, N. Karimi, S. Kokabi, . The relationship between social support and mental health in infertile women: The mediating role of problem-focused coping. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*. 2015:244-8.

113. Lee T-Y, Sun G-H, Chao S-C. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human reproduction*. 2001;16(8):1762-7.



## 8. EKLER

### EK-A: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK TAKİP FORMU

1-Hastanın ilk değerlendirilme tarihi:

2-Adı Soyadı:

3-Sosyal Güvenlik :

4-Doğum tarihi :

5-Telefon numarası :

6-Mesleği: 1-Ev hanımı 2-Serbest meslek 3-Memur

7- Eğitim düzeyi: 1-Eğitimsiz 2-İlköğretim 3-Lise 4-Üniversite

8- Aile tipi: 1- Çekirdek Aile 2- Geniş Aile

9- Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1- Asgari ücret 2- Asgari ücret ve 2 katı 3- Asgari ücretin 3 katı ve üstü

10- Kaç yaşında evlendiniz? .....

11- Evlilik süresi (ay olarak belirtiniz).....

12-Evlenme şekliniz ; 1) Görücü usulü ile istemeyerek 2) Görücü usulü ile isteyerek 3) Anlaşarak 4) Diğerleri

13- Sigara kullanma alışkanlığınız var mı? 1) Evet ( günde kaç tane ....) 2) Hayır

14- Daha önce geçirdiğiniz kadın hastalığınız var mı? 1) Evet ( .....) 2) Hayır

15- İnfertil olduğunuzu öğrenmeden önce psikiyatrik tedavi öykünüz var mı? 1) Evet 2) Hayır

16- İlk adet yaşınız ?.....



- 17- Kaç günde bir adet olursunuz ? .....
- 18- Adetiniz kaç gün sürer ? .....
- 19- Adet düzensizliği yaşıyor musunuz ? 1) Evet 2) Hayır
- 20- Adet düzensizliğinize yönelik tedavi gördünüz mü ? 1) Evet 2) Hayır
- 21- İnfertilite tanısı konduktan sonra geçen süre ne kadar ? (ay olarak belirtiniz )
- 22- Son infertilite tedaviniz kaç aydır devam ediyor ? (ay olarak belirtiniz) .....
- 23- Daha önce gebelik geçirdiniz mi ? 1) Evet 2) Hayır
- 24- Daha önceki gebeliğiniz nasıl sonuçlandı ? 1) Düşük 2) Küretaj 3) Doğum
- 25- İnfertilite sorunu kimden kaynaklanıyor ? 1) Sizden 2) Eşinizden 3) Her  
ikinizden
- 26- Tedavi özgeçmişi 1) Daha önce hiç tedavi almamış 2) Hormon tedavisi 3)  
Aşılama 4) Hormon tedavisi + aşılama 5) Hormon tedavisi + aşılama + IVF (tüp bebek)

## **EK-B: HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)**

Testteki şıkların varlığı ve şiddeti, görüşme anında, görüşmecinin kanaatlerine dayanır. Ölçek yarı-nicelikseldir (semi-quantative). Tanısal bir araç olarak değil, klinik durumun şiddetini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Aynı hastada belli aralıklarla tekrar uygulanması durumunda, daha önceki değerlendirmeler dikkate alınmamalıdır. Görüşmecinin önünde ve elinde daha önceki değerlendirmeler asla bulunmamalıdır. Hastaya, daha önceki görüşmeden bu yana ne değiştiği değil, son haftada neler olduğu sorulmalıdır.

1. Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok

1.Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor

2.Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor

3.Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor

4.Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor

2. Suçluluk duyguları

0.Yok

1.Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor

2.Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor

3.Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları

4.Kendisini ihbar veya itham eden sesler işitiyor ve / veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor

3. İntihar

0. Yok

1.Hayatı yaşamaya değer bulmuyor

2.Keşke Ölmüş olsaydım diye düşünüyor ve benzer düşünceler besliyor

3.İntiharı düşünüyor veya bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor

4.İntihar girişiminde bulunmuş (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayetçi

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi

2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok

1. Sabah erken uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor

2. Sabah erken uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok

1. Aktiviteleriyle, işiyle veya boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor

2. Aktivitelerine, işine veya boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş, bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor veya

başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor)

3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere veya servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 3 puan verilir

8. Retardasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşmaları normal

1.Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediyor

2.Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor

3.Görüşmeyi yapabilmek çok zor

4.Tam stuporda

9. Ajitasyon

0.Yok

1.Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor

2.Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor

10. Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok

1.Subjektif gerilim ve irritabilite

2.Küçük şeylere üzüyor

3.Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor

4.Korkularını daha sorulmadan anlatıyor

11.Somatik anksiyete (Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:  
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme.  
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç  
çekme, sık idrara çıkma, terleme.)

0.Yok 1.Hafif 2. İlmli 3.Şiddetli 4.Çok şiddetli

12.Somatik semptomlar

0. Yok

1.Ekstremiteelerde, sırtta veya başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı,  
kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma

2.Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir

13. Gastrointestinal semptomlar

0. Yok

1.İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor

2.Personel zorlamasa yemek yemiyor. Bağırsakları veya gastrointestinal  
semptomları için ilaç istiyor veya ilaca ihtiyaç duyuyor

14.Genital semptomlar (Libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok 1.Hafif 2.Şiddetli

15. Hipokondriyaklık

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda

3. Sık sık Şikayet ediyor, yardım istiyor

4. Hipokondriyaklık delüzyonları

16. Zayıflama (A veya B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesi (Anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı kilo kaybı

2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B. Psikiyatrist tarafından yapılan hastanın haftada bir tartıldığı kontrollerinde

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor

2. Hasta olduğunu kabul etmiyor

## **EK-C: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)**

Testteki şıkların varlığı ve şiddeti, görüşme anında, görüşmecinin kanaatlerine dayanır. 14 şikkın çoğu semptomdur, dolayısıyla da son günlerdeki durum araştırılmalıdır (en az 3gün). Ölçek yarı-nicelikseldir (semi-quantative). Tanısal bir araç olarak değil, klinik durumun şiddetini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Aynı hastada belli aralıklarla tekrar uygulanması durumunda, daha önceki değerlendirmeler dikkate alınmamalıdır. Görüşmecinin önünde ve elinde daha önceki değerlendirmeler asla bulunmamalıdır. Hastaya, daha önceki görüşmeden bu yana ne değiştiği değil, son haftada neler olduğu sorulmalıdır.

### **1. Anksiyeteli Mizaç**

Bu şık, gelecek konusunda belirsizlik duygusunu kapsar. Endişeden, güvensizlik, irritabilite, beklenti hissi ve dehşet duygusuna kadar uzanan bir genişliği vardır.

**0:** Hasta her zamankine göre daha az / daha çok güvensiz veya huzursuz değildir.

**1:** Hastanın her zamankinden daha güvensiz veya huzursuz olduğu kuşkuludur.

**2:** Hasta daha açık olarak, kontrolde zorlandığı bir anksiyete, beklenti veya irritabilite durumunda olduğunu söyler. Ancak durum hastanın güncel yaşamını etkileyecek boyutta değildir.

**3:** Anksiyete veya güvensizlik zaman zaman daha şiddetlidir ; endişeler gelecekte olabilecek büyük yaralanmalar ve zararlar üstünde yoğunlaşmaktadır. Örneğin panik atakları, ağır dehşet duygusu olmaktadır. Zaman zaman hastanın yaşamını etkilemektedir.

**4:** Dehşet duygusu, hastanın yaşamını belirgin derecede etkileyecek boyutlardadır.

## **2. Gerilim**

Bu şık, gevşeyememe, sinirlilik, bedensel gerilimler, titreme ve huzursuz yorgunluk durumlarını kapsar.

**0:** Hasta her zamankine göre daha az veya çok gerilimli değildir.

**1:** Hasta her zamankinden daha sinirli ve gergin olduğunu belirtmektedir.

**2:** Hasta gevşeyemediğini, iç huzursuzluk ile dolu olduğunu ve bunu kontrolde zorlandığını açıkça belirtir. Ancak bu durum gündelik yaşamını çok etkilemez.

**3:** İç huzursuzluğu ve sinirlilik hastanın günlük çalışmasını zaman zaman etkileyecek derecede veya sıklıktadır.

**4:** Gerilimler ve huzursuzluklar hastanın yaşamı ve işine her zaman etki etmektedir.

## **3. Korkular**

Hastanın kendisini belirli durumlarda bulduğu zaman ortaya çıkan bir anksiyete çeşidi. Örneğin açık veya kapalı alanlar , kuyruğa girmek, otobüse veya trene binmek. Hasta bu durumlardan kaçınma ile rahatlar. Önemli olan, bu değerlendirme anında, her zamankine göre, bu aralarda daha fazla fobik anksiyete olup olmadığını saptamaktır.

**0:** Yok

**1:** Varsa da şüpheli



**2:** Hastada fobik anksiyete vardır, ama onunla mücadele edebilmektedir.

**3:** Hastanın fobik anksiyetesi ile mücadele etmesi ve onu yenmesi zorlaşmıştır. Dolayısıyla da hastanın gündelik yaşamına ve işine etkili olmaya başlamıştır (belli bir derecede).

**4:** Fobik anksiyete hastanın gündelik yaşamını ve işini açıkça etkilemektedir.

#### **4. Uykusuzluk**

Bu şık hastanın, uyku süresi (24 saatteki uyku saati), uyku derinliği (yüzeysel ve bölünmüş uyku / derin ve sürekli uyku) konusundaki öznel deneyimlerini kapsar. Puanlama son üç gece üzerinden yapılır. Hipnotik ve sedatif kullanımı göz önüne alınmamalıdır.

**0:** Her zamanki uyku süresi ve derinliği

**1:** Uyku süresi şüpheli bir şekilde veya hafifçe azalmıştır (örneğin uykuya dalmada zorluklara ikincil), ama uyku derinliğinde değişiklik yok.

**2:** Uyku derinliğinde de azalma vardır, uyku daha yüzeyseldir. Uyku bütün olarak bozulmuştur.

**3:** Uyku derinliği kadar uyku süresi de değişmiştir. Bölünmüş uyku süreleri toplamı 24 saatte birkaç saati geçmez.

**4:** Burada uyku süresini saptamak zordur, zira uyku o derecede yüzeyseldir ki, hasta kısa uykulama, kestirme dönemlerinden söz eder.

#### **5. Entellektüel (kognitif)**

Bu şık yoğunlaşma, güncel olaylar hakkında karar verme ve hafıza güçlüklerini kapsar.

**0:** Hastanın her zamankinden fazla / az hafıza ve / veya yoğunlaşma güçlüğü yoktur.

**1:** Hastanın yoğunlaşma ve / veya hafıza güçlükleri olduğu kuşkuludur.

**2:** Hastanın günlük rutin çalışmasına yoğunlaşması büyük bir çaba ile bile zordur.

**3:** Yoğunlaşma, hafıza ve karar vermede daha belirgin güçlükler, örneğin bir makaleyi okumada veya bir TV programını sonuna kadar izlemede zorlanma. Yoğunlaşmada azalma veya hafıza zaafı görüşmeyi açıkça etkilememişse, 3 puan verin.

**4:** Hasta görüşme anında yoğunlaşma ve/veya hafıza ve/veya karar vermede güçlükleri olduğunu göstermişse.

## **6. Depresif mizaç**

Bu şık hüznün, ümitsizlik, depresyon ve çaresizliğin verbal ve nonverbal iletilmesini sağlar.

**0:** Doğal mizaç

**1:** Hastanın her zamankinden daha ümitsiz veya hüznü olup olmadığı kuşkuludur ,örneğin hasta her zamankinden daha depresif olduğunu muğlak bir şekilde ifade etmektedir.

**2:** Hasta can sıkıcı deneyimlerle daha açık bir şekilde uğraşmaktadır, ama hala ümitsiz veya çaresiz değildir.

**3:** Hasta depresyon ve / veya ümitsizliğin açık nonverbal belirtilerini göstermektedir .

**4:** Hastanın ümitsizlik veya çaresizlik konularındaki atıfları veya aynı konudaki nonverbal işaretleri görüşmeyi kaplamakta ve hastanın dikkati bunlardan uzaklaştırılmamaktadır.

### **7. Somatik (muskuler)**

Bu şık güçsüzlük, sertlik, gerçek ağrıya kadar varan sızıları kapsar. Bu duyular yaygın olarak az çok kas sistemine lokalizedir, örneğin çene ağrısı veya boyun ağrısı.

**0:** Hasta her zamankine göre kaslarında daha az / çok sızı veya sertlik hissetmez.

**1:** Hasta, kaslarında her zamankine göre daha fazla sızı veya sertlik hissetmektedir.

**2:** Semptomlar ağrı niteliği kazanmıştır.

**3:** Kas ağrısı belli bir dereceye kadar hastanın günlük işini ve yaşamını etkilemektedir.

**4:** Kas ağrıları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açık olarak etkilemektedir.

### **8. Somatik (duygusal)**

Bu şık artmış yorulabilirlik ve güçsüzlüğü kapsar; duyuların gerçek fonksiyonel bozukluklarına kadar uzanır. Tinnitus, görme bulanıklığı, sıcak / soğuk basmaları ve karıncalanmalar buna dahildir.

**0:** Yok.

**1:** Hastanın söz ettiği basınç veya karıncalanma semptomlarının (örneğin kulaklarda, gözlerde veya ciltte) her zamankinden daha fazla olduğu kuşkuludur.

**2:** Kulaklardaki basınç hissi çınlamaya, gözlerdeki görme bozukluklarına, ciltteki ise karıncalanma ve batmalara dönüşmüştür.

**3:** Genelleşmiş semptomlar hastanın günlük yaşamını ve işini bir dereceye kadar etkilemektedir .

**4:** Genelleşmiş duyuşal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir.

## **9. Kardiyovasküler semptomlar**

Bu şık, taşikardi, çarpıntılar, basınç hissi, göğüs ağrısı, damarlarda zonklama hissi ve bayılma hislerini kapsar.

**0:** Yok.

**1:** Varsa da kuşku

**2:** Kardiyovasküler semptomlar mevcut, ama hasta semptomları hala kontrol edebilmektedir.

**3:** Hasta kardiyovasküler semptomları kontrol etmede zorlanmakta, dolayısıyla bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .

**4:** Kardiyovasküler semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir.

## **10. Solunum semptomları**

Bu şık, boyun ve göğüste sıkışma veya kasılma, boğulma hissi ve iç çekerek solumaya kadar varan dispne duygularını kapsar.

**0:** Yok.

**1:** Varsa da kuşkulu

**2:** Solunum semptomları var, ama hasta halen semptomları kontrol edebilmektedir.

**3:** Hasta solunum semptomlarını kontrol etmede zaman zaman güçlük çekmekte, dolayısı ile bu semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir .

**4:** Solunum semptomları çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkilemektedir.

## **11. Gastrointestinal semptomlar**

Bu şık yutkunma zorlukları, midede fenalık hissi, dispepsi, mide yanması, yemeklerle ilgili abdominal ağrılar, doluluk, bulantı, kusma, mide gurultusu ve diareyi kapsar.

**0:** Yok.

**1:** Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki gastrointestinal duyularından farklı olduğu kuşkulu).

**2:** Yukarıda söz edilen abdominal semptomlardan bir veya bir kaç var, ama hasta halen semptomları kontrol edebiliyor.

**3:** Hasta gastrointestinal semptomları kontrolde zaman zaman zorlanmakta, dolayısıyla semptomlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir , örneğin barsak kontrolünü kaybetme eğilimi.

**4:** Gastrointestinal semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler, örneğin barsak kontrolünü kaybetme.

## **12. Genitoüriner semptomlar**

Bu şık, idrarın daha sık ve sıkıştırarak yapılması, menstrüel düzensizlikler, anorgazmi, disparöni, prematür ejakülasyon, ereksiyon kaybı gibi nonorganik ve psişik semptomları kapsar.

**0:** Yok.

**1:** Varsa da kuşkulu (ya da hastanın her zamanki genitoüriner semptomlardan farklı olduğu kuşkulu).

**2:** Yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası var ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir .

**3:** Hastada yukarıda söz edilen genitoüriner semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkiler, örneğin idrarını tutamama eğilimi.

**4:** Genitoüriner semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler , örneğin idrarını tutamama.

## **13. Otonomik semptomlar**

Bu şık ağız kuruluğu, kızarma, solma, terleme ve sersemliği kapsar.

**0:** Yok.

**1:** Varsa da kuşkulu

**2:** Yukarıda söz edilen otonom semptomlardan bir veya daha fazlası var, ama hastanın günlük yaşamı ve işini etkilememektedir. .

**3:** Hastada yukarıda anlatılan otonom semptomlardan bir veya daha fazlası vardır ve bunlar hastanın günlük yaşamı ve işini belli bir derecede etkilemektedir.

**4:** Otonom semptomlar çoğu zaman vardır ve hastanın günlük yaşamı ve işini açıkça etkiler.

#### **14. Görüşme sırasındaki davranış**

Bu şık görüşme anındaki davranışa temellenir. Hasta nasıl görünmüştür: Gergin, sinirli, ajite, huzursuz, titrek, sık sık soluyan veya terleyen bir görünümde miydi? Bu tarz gözlemlere dayanarak global bir değerlendirme yapılır:

**0:** Hasta anksiyeteli görünmemekte.

**1:** Hastanın anksiyeteli olduğu kuşkuludur.

**2:** Hasta orta derecede anksiyetelidir.

**3:** Hasta açıkça anksiyetelidir.

**4:** Hasta anksiyeteye kaplıdır, örneğin bütün bedeni titremektedir.

#### **Derecelendirme:**

0-5 : Anksiyete yok

6-14 : Minör anksiyete

>15 : Majör anksiyete

## EK-D: SUÇLULUK-UTANÇ NEDENLERİ

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Hiç rahatsızlık duymazdım
2. Biraz rahatsızlık duyardım
3. Oldukça rahatsızlık duyardım
4. Epey rahatsızlık duyardım
5. Çok rahatsızlık duyardım

1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.	1	2	3	4	5
2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.	1	2	3	4	5
3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak.	1	2	3	4	5
4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi.	1	2	3	4	5
5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.	1	2	3	4	5
6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.	1	2	3	4	5



7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da bir yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.	1	2	3	4	5
8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.	1	2	3	4	5
9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.	1	2	3	4	5
10. Lüks bir restoranda çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizin fark edilmesi.	1	2	3	4	5
11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	1	2	3	4	5
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	1	2	3	4	5
11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.	1	2	3	4	5
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.	1	2	3	4	5
13. Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.	1	2	3	4	5
14. Tanıdığımız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.	1	2	3	4	5
15. Bir partide yeni tanıştığımız insanlara açık saçık bir fıkra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.	1	2	3	4	5
16. Akılsızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduğunu öğrenmek.	1	2	3	4	5

17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunuzu hiçbir zaman anlamaması.	1	2	3	4	5
18. Bir davete ya da toplantıya rahat gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek.	1	2	3	4	5
19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek.	1	2	3	4	5
20. Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	1	2	3	4	5
21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek.	1	2	3	4	5
22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak.	1	2	3	4	5
23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek.	1	2	3	4	5
24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak.	1	2	3	4	5

## EK-E: FERTİLİTE SORUNU ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadeler fertilité (kısırlık) sorunları ile ilgili farklı görüşleri/fikirleri dile getirmektedir. Lütfen, her ifadenin sol tarafındaki çizgiye, o ifadeye ne ölçüde katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmek için bir numara yazınız. Eğer çocuğunuz varsa, yanıtlarınızı çocuk sahibi olduktan sonra, şu anda hissettiklerinize göre veriniz. Lütfen, her maddeye özel dikkat gösteriniz. Aşağıdaki yanıt seçeneklerini kullanınız.

6 = Tamamen Katılıyorum

5 = Katılıyorum

4 = Kısmen Katılıyorum

3 = Pek Katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

1 = Hiç Katılmıyorum

1\_\_\_ Çocuğu olmayan çiftler, çocuğu olan çiftler kadar mutludur.

2\_\_\_ Bir çiftin ilişkisinde en önemli iki olay; hamilelik (gebelik) ve doğumdur.

3\_\_\_ Kısırlık (fertilite) sorunu nedeniyle, cinsel ilişkiden aldığım hazzıkaybettiğimi farkettim.

4\_\_\_ Eşim için eskiden olduğu kadar çekici olduğumu hissediyorum.

5\_\_\_ Bana göre ebeveyn olmak, tatmin edici bir mesleki kariyerden daha önemli bir amaçtır.

6\_\_\_ Evliliğimde çocuğa (başka bir çocuğa) ihtiyaç var.

7\_\_\_ Kendimi, hemsinlerimden hiç farklı hissetmiyorum.

8\_\_\_ İnsanın çocuğu olana kadar kendisini gerçek bir yetişkin gibi hissetmesi zor.

9\_\_\_ Bana çocuklar hakkında soru sorulmasından rahatsızlık duymuyorum.

10\_\_\_ Çocuksuz (başka bir çocuğumun olmadığı) bir gelecek beni korkutur.

11\_\_\_ Eşimi üzmemek için, ona ne hissettiğimi belli edemiyorum/gösteremiyorum.

12\_\_\_ Aile bireylerinin, bize her zamankinden farklı davrandığını düşünmedim/düşünmüyorum.

13\_\_\_ Cinsellikte başarısız olduğumu hissediyorum.

14\_\_\_ Tatiller benim için her zamankinden daha zor (geçiyor).

15\_\_\_ Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmamasının bazı avantajlarını görebiliyorum.

16. \_\_\_ Eşim, kısırlık sorununun beni nasıl etkilediğini anlamıyor.

17\_\_\_ Cinsel ilişki sırasında tek düşündüğüm, bir çocuk (ya da tekrar bir çocuk) sahibi olmak istediğim.

18\_\_\_ Eşim ve ben, kısırlık sorunumuz ile ilgili konuları aşmak için birlikte çaba harcıyoruz.

19\_\_\_ Kısırlık sorunumuz nedeniyle kendimi boşlukta (boş) hissediyorum.

20\_\_\_ Çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmadan da mutlu bir yaşam hayaledebiliyorum.

21\_\_\_ Eşimin, sorunumuza farklı şekilde tepki vermesi beni endişelendiriyor.

22\_\_\_ Cinsel ilişkiye girmek zor geliyor, çünkü tekrar bir hayal kırıklığı yaşamak istemiyorum.

23\_\_\_ Çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmak, yaşamımın temel belirleyeni/önceliği değil.

24\_\_\_ Eşim, benim hakkımda oldukça hayal kırıklığına uğramış durumda.

25\_\_\_ Bazı zamanlar, gerçekten bir çocuk (başka bir çocuk) isteyip istemediğimi merak ediyorum.

26\_\_\_ Eşim ve ben, kısırlık sorunumuz hakkında birbirimizle daha açık konuşabiliriz.

27\_\_\_ Aile toplantıları benim için her zamankinden daha zor (geçiyor). 77

28\_\_\_ Çocuğumun (başka bir çocuğumun) olmaması, başka tatmin edici /keyifli şeylerle ilgilenmek için bana zaman / olanak sağlar.

29\_\_\_ Çoğu zaman, ebeveyn olmak için doğduğumu hissediyorum.

30\_\_ Kendimi, çocukları olan arkadaşlarımla kıyaslamaktan alıkoyamıyorum.

31\_\_ Benim mutlu olmam için çocuk (başka bir çocuk) sahibi olmam gereklideğil.

32\_\_ Cinsel ilişkiye girmek için kritik (önemli) bir günü kaçırsak epeysinirlenebilirim.

33\_\_ Bu sorun yüzünden eşimle ayrıldığımızı hiçbir zaman hayal bileedemem.

34 \_\_ Kendimi bildim bileli ebeveyn olmak istemişimdir.

35 \_\_ Çocukları olan arkadaşlarımla hala pek çok ortak noktamız var.

36. \_\_ Kısırlık sorunumuz hakkında konuşmayı her deneyişimizde, bu bana yine bir tartışmayla sonlanacakmış gibi geliyor.

37\_\_ Bazen öyle çok baskı hissediyorum ki, cinsel ilişkiye girmek zorlaşabiliyor.

38\_\_ Eşimle çocuğumuz (başka bir çocuğumuz) olmasa da uzun ve mutlubir ilişkimiz olabilir.

39 \_\_ Küçük çocuğu olan arkadaşlarımla zaman geçirmek bana zor geliyor.

40 \_\_ Çocuklu aileleri gördüğümde, kendimi dışlanmış hissediyorum.

41. \_\_Çocuksuz olmanın, bana cazip gelen özgür bir tarafı var.

42\_\_ Bir çocuk (ya da başka bir çocuk) sahibi olmak için hemen her şeyi yapacağım.

43\_\_ Arkadaşlarımla ya da ailemin bizi arka planda tuttuğunu hissediyorum.

44. \_\_Başkalarının, çocukları hakkında konuşması beni rahatsız etmiyor.

45\_\_\_ Kısırlık nedeniyle eşimle birbirimizden uzaklaştığımızdan endişeediyorum.

46\_\_\_ Kısırlık sorunumuz ile ilgili konuştuğumuzda, eşim benimsöylediklerimle rahatlıyor gibi görünüyor.



## **EK-F: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.**



## ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini ( X ) şeklinde işaretleyin.

- 1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.
- 2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.
- 3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.
- 4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.
- 5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.
- 6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.
- 7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.
- 8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.
- 9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.
- 10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.
- 11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.
- 12- Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.
- 13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.
- 14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşırım.
- 15- Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.
- 16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.
- 17- Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.
- 18- Aile fertlerimin, sorunlarımı çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.
- 19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.
- 20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.

**ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ**  
**CEVAP KAĞIDI**

Soru	EVET	HAYIR	KISMEN		Soru	EVET	HAYIR	KISMEN
1	(2)	(0)	(1)		11	(2)	(0)	(1)
2	(2)	(0)	(1)		12	(2)	(0)	(1)
3	(0)	(2)	(1)		13	(2)	(0)	(1)
4	(0)	(2)	(1)		14	(2)	(0)	(1)
5	(2)	(0)	(1)		15	(2)	(0)	(1)
6	(2)	(0)	(1)		16	(0)	(2)	(1)
7	(2)	(0)	(1)		17	(2)	(0)	(1)
8	(2)	(0)	(1)		18	(2)	(0)	(1)
9	(2)	(0)	(1)		19	(0)	(2)	(1)
10	(2)	(0)	(1)		20	(0)	(2)	(1)

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Van'da doğdum. İlkokul, ortaokul ve liseyi Van'da okudum. 2000 yılında liseyi bitirdim. 2002-2008 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni okudum. 2008-2010 yılları arasında Mardin Nusaybin Devlet Hastanesi'nde acil hekimliği görevinde bulundum. Mart 2012 tarihinden itibaren Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

