T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

İNFERTİL BİREYLERDE YALNIZLIK DÜZEYİ VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

ARZU SÖMEK

DANIŞMAN
YARD.DOÇ.DR.NEVİN HOTUN ŞAHİN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2008

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yülsek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

14 / 10 /2008

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum	: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Proğramı
Programın seviyesi	: Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Proğramı
Tez Sahibi	: Arzu sömek
Tez Başlığı	: "İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi"
Sınav Yeri	: İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi	: 07 / 10 / 2008

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1.Prof.Dr.Seyfettin Uludağ İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Yard.Doç.Dr.Nevin Hotun Şahin (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi N.Hotun

4.Yard.Doç.Dr.Hülya Bilgin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Yard.Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Arzu Sömek



İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanmasından gerçekleşmesine kadar bilgi, görüş ve deneyimlerine başvurduğum, akademik yönü ile örnek aldığım, desteğini herzaman hissettiğim değerli danışmanım Yard. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kapılarını çaldığımda sıcaklığını, ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Nejiha Kızılkaya Beji, Yard.Doç.Dr.Ümran Oskay, Yard.Doç.Dr.Gülay Yıldırım, Yard.Doç.Dr.Ergül Arslan, Msc. İlkay Güngör ve tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

İstatistiki bilgi ve deneyimleriyle katkılarını esirgemeyen Sayın Yard.Doç.Dr. Gülbeyaz Can ve Dr. Sermin Timur'a

Çalışmamım gerçekleşmesinde olanak sağlayan başta İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Seyfettin Uludağ olmak üzere tüm İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezi çalışanlarına,

Sürekli yanında olduğunu bana hissettiren ve beni destekleyen sevgili kuzenim Dilek Sömek'e

Çalışmamıza katılan tüm anne adaylarına ve

Aileme emeklerinden ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,
Arzu SÖMEK
İstanbul, 2008

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 15
2. GENEL BİLGİLER 17
2.1. İnfertilitenin Tanımı 17
2.2. Tarihi, Kültürel ve Toplumsal Yönleriyle İnfertilite 18
2.3. İnfertilite İnsidansi 19
2.3.1. Dünyada İnfertilite İnsidansı 19
2.3.2. Türkiye'de İnfertilite İnsidansı 20
2.4. İnfertilitenin Nedenleri 20
2.4.1. Biyolojik Faktörler 20
2.4.2. Çevresel Faktörler 21
2.4.3. Yaşam Tarzı Faktörleri 22
2.4.4. Fiziksel Faktörler 22
2.4.4.1. Kadına Ait Faktörler 23
2.4.4.2. Erkeğe Ait Faktörler 25
2.4.5. Açıklanamayan İnfertilite 26
2.5. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi 26
2.5.1. Kadının Değerlendirilmesi 27
2.5.1.1. Genel Sağlık Öyküsü 27
2.5.1.2. Fiziksel Muayene 27
2.5.1.3. Özel Tetkikler 28

2.5.2. Erkeğin Değerlendirilmesi 30
2.5.2.1. Genel Sağlık Öyküsü 30
2.5.2.2. Fiziksel Muayene 31
2.5.2.3. Semen Analizi 32
2.5.2.4. Endokrin Değerlendirme 33
2.5.2.5. Radyolojik Değerlendirme 34
2.5.3. İnfertil Çiftin Genetik Değerlendirilmesi 34
2.5.4. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Açıdan Değerlendirilmesi 35
2.5.4.1. İnfertilite Görülen Emosyonel Tepkiler 35
2.5.5. Yalnızlık Kavramı 37
2.5.6. İnfertilite ve Yalnızlık 38
2.6. İnfertilitede Tedavi 39
2.6.1. Kadın İnfertilitesinin Tedavisi 39
2.6.1.1. Ovulasyon Bozuklukları 39
2.6.1.2. Cerrahi Tedavi 40
2.6.2. Erkek İnfertitesinin Tedavisi 40
2.6.2.1. Medikal Tedavi 40
2.6.3. Yardımcı Üreme Teknikleri 40
2.6.3.1. Intra Uterin Inseminasyon (IUI) 41
2.6.3.2. In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Trasnferi (IVF-ET) 42
2.6.3.3. Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT) 42
2.6.3.4. Zigot Intra Fallopian Trasfer (ZIFT) 42
2.6.3.5. Intrasitoplazmik Sperm Injeksiyonu (ICSI) 43
2.7. İnfertil Çiftin Hemşirelik Bakımı 43
3. GEREÇ VE YÖNTEM 45
3.1. Araştırmanın Tipi 45
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman 45
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 45
3.3.1. Araştırmaya Katılma Kriterleri 46
3.4. Veri Toplama 46
3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar 46
3.4.1.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu 46
3.4.1.2. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği 47

3.4.2. Araştırma Verilerinin Toplanması 48
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi 48
4. BULGULAR 50
4.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 50
4.1.1. İnfertil Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 50
4.1.2. İnfertil Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular 58
4.1.3. İnfertil Bireylerin İnfertilite ve Genel Sağlık Öyküsü İle İlişkili Bulgular 60
4.2. UCLA -LS Yalnızlık Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular 67
4.3. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi 69
5. TARTIŞMA 88
5.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması 88
5.1.1. İnfertil Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması 88
5.1.2. İnfertil Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması 93
5.1.3. İnfertil Bireylerin İnfertilite ve Genel Sağlık Öyküsü İle İlgili Verilerin Tartışılması 94
5.2. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine İlişkin Verilerin Tartışılması 99
5.3. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine Etki Eden Faktörlerin Tartışılması 100
5.4. Sonuçlar 106
5.4.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar 106
5.4.2. İnfertil Bireylerin Yalnılzık Düzeyine İlişkin Sonuçlar 108
5.4.3. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine Etki Eden Faktörlere İlişkin Sonuçlar 109
5.5. Öneriler 111
KAYNAKLAR 113
FORMLAR 121
EK I: Bilgilendirilmiş Onam Formu 121
EK II: Hasta Onay Formu 122
EK III: İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu 123
EK IV: UCLA-LS Yalnılzık Ölçeği 126
ETİK KURUL KARARI 127
ÖZGEÇMİŞ 128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-2-1: Normal semen parametreleri 32
Tablo 2-2-2: Erkekte endokrin değerlendirme 33
Tablo 2-2-3:İnfertil erkekte TRUS endikasyonları 34
Tablo 4-1: Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları 50
Tablo 4-2: Olguların Eşlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları 51
Tablo 4-3: Olguların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları 51
Tablo 4-4: Olguların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları 52
Tablo 4-5: Olguların Aile Biçimlerine Göre Dağılımları 52
Tablo 4-6: Olguların Çalışma Yaşamları, Gelir Durumları ve Sosyal Güvenceye Göre Dağılımları 53
Tablo 4-7: Olguların Mesleklerine Göre Dağılımları 54
Tablo 4-8: Olguların Eşlerinin Mesleklere Göre Dağılımları 54
Tablo 4-9: Olguların Tedavi Masraflarını Karşılama Şekillerine Göre Dağılımları 55
Tablo 4-10: Olguların Evlilik Sayısı, Evlilik Süresi ve Evlenme Yaş Gruplarına Göre Dağılımları 56
Tablo 4-11: İnfertil Kadınların Mestrual Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı 58
Tablo 4-12: İnfertil Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları 59
Tablo 4-13: Olguların Çocuk İsteme Sürelerine Göre Dağılımları 60
Tablo 4-14: Olguların İnfertilite Polikliniğine Devam Sürelerine Göre Dağılımları 61
Tablo 4-15: Olguların Tedavi Olma Sürelerine Göre Dağılımları 61
Tablo 4-16: Olguların İnfertilite Polikliniğine Birlikte Geldiği Kişilere Göre Dağılımları 62
Tablo 4-17: Olguların Tedavi İle İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımları 62
Tablo 4-18: Olguların Uygulanan Tedavi Yöntemine Göre Dağılımları 63
Tablo 4-19: Olguların Daha Önce Denedikleri Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımları 63
Tablo 4-20: Olguların İnfertilite Nedenine Göre Dağılımları 64
Tablo 4-21: İnfertil Bireylerde Çocuk Sahibi Olamamanın Birey ve Ailesini Etkileme Durumlarına Göre Dağılımları 64
Tablo 4-22: Olguların Çocuk İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları 65

Tablo 4-23: Olguların Eş ve Aileden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları 65
Tablo 4-24: Olguların Psikolojik Desteğe İhtiyac Duyma Durumlarına Göre Dağılımları 66
Tablo 4-25: İnfertilitenin Cinsel Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Dağılımları 66
Tablo 4-26: Olguların UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları 68
Tablo 4-27: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamlarının Cinsiyete Göre Dağılımları 70
Tablo 4-28: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları 72
Tablo 4-29: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları 74
Tablo 4-30: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Çalışma Durumuna Göre Dağılımları 75
Tablo 4-31: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Gelir Durumlarına Göre Dağılımları 77
Tablo 4-32: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Evlilik Süresine Göre Dağılımları 78
Tablo 4-33: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Çocuk İsteme Sürelerine Göre Dağılımları 78
Tablo 4-34: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Tedavi Sürelerine Göre Dağılımları 79
Tablo 4-35: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, İnfertilitenin Kimden Kaynaklı Olduğuna Göre Dağılımları 79
Tablo 4-36: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Çocuğun Olmamasının Birey ve Aileyi Etkileme Durumlarına Göre Dağılımları 80
Tablo 4-37: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Çocuk İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları 82
Tablo 4-38: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Aileden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları 83
Tablo 4-39: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalrının, Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımları 85
Tablo 4-40: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Cinsel Yaşantıyı Etkileme Durumuna Göre Dağılımları 86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğindeki İfadelerin Puan Ortalamaları 71

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

CC: Clomifen Citrat

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GIFT: Gamet Intra Fallopian Transfer

HCG: Human Corionik Gonodotropin

HMG: Human Menoposal Gonodotropin

HSG: Histerosalpingografi

ICSI: Intrasitoplazmik Sperm Injeksiyonu

IUI: Intrauterin Inseminasyon

IVF: In Vitro Fertilizasyon

MESA: Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu

OHSS: Ovarien Hiperstimülasyon Sendromu

PID: Pelvic Inflammatory Disease / Pelvik İnflamatuar Hastalık

POST: Peritoneal Oosit ve Sperm Transfer

PZD: Parsiyel Zona Direksiyonu

SUZİ: Subzonal Sperm Injeksiyon

SPSS: Statistical Package for Social Slience

TESA: Testiküler Sperm Aspirsyonu

TET: Tubal Embrio Transfer

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TRUS: Transrektal Ultrasonografi

UCLA-LS: University of California, Los Angeles- Loneliness Scale

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

ZIFT: Zigot Intra Fallobian Transfer

ÖZET

Sömek, A.(2008).İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. .

Çalışma infertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirleyen ve etkili faktörleri inceleyen tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın örneklemini; çalışmanın yürütüldüğü Aralık 2008 - Haziran 2008 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran, olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen, çalışmaya katılmaya istekli, evli, tedavisi halen sonuçlanmamış 130 infertil birey oluşturmuştur. Kurum ve katılımcılardan yazılı ve sözlü onaylar alınmıştır.

Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu ve yalnızlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11,5 for Windows paket programı kapsamındaki Ki-Kare, Student-t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis varyans analizi, post-hoc Tukey testi kullanılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, kadınların toplam yalnızlık puan ortalamaları 38,11±10,51, erkeklerin toplam yalnızlık puan ortalamaları 32,90±8,20 olarak saptanmıştır.

İnfertil bireylerin yaş, gelir durumu, tedavi süresi, infertilite nedenine ve cinsel yaşantıyı etkileme durumuna bağlı olarak yalnızlık puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). İnfertil bireylerin cinsiyet, eğitim durumları, çalışma durumları, evlilik süresi, çocuk isteme süresi, infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumları, çocuk isteme nedenleri, aileden destek alma durumları, psikolojik desteğe ihtiyaç durumları ile yalnızlık puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan analizlerde, değişkenler ile yalnızlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Bu araştırmanın sonucunda, infertil kadınların infertil erkeklere göre daha fazla yalnız oldukları, bireyin eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, aileden aldığı destek, evlilik süresi, çocuk isteme süresi ve nedeni, psikolojik desteğe ihtiyaç durumunun kişinin yalnızlık duygusunu etkilediği, bununla ilgili erkeklere yönelik çalışmaların arttırılması gerektiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, yalnızlık, infertilitede yalnızlık, UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği, IVF

ABSTRACT

Somek, A.(2008). Defining Level of Loneliness and Influential Factors in Infertile Individuals. Istanbul University Health Sciences Institute, Department of Obstetric and Gynecologic Nursing, Master Thesis. İstanbul

This study is established to discover if infertility leads the individuals to loneliness and if it does, to name the influential factors.

The study was performed during December 2008- June 2008 in the IVF Unit of Obstetric and Gynecologic Department of Cerrahpaşa Medical Faculty of İstanbul University. 130 infertile individuals were included in the study. Informed consents of the patients were assigned. UCLA-LS Loneliness Scale was used to level the loneliness profile and an demographic data sheet for patient was prepared to collect data. SPSS 11.5 for Windows programme was used to analyze daha by Chi-Square, Student t-test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis variant analysis and post-hoc Tukey test.
The conclusion of the study revealed mean value of loneliness for women was 38.11±10.51, and the mean value of loneliness for men was 32.0±8.20.

No statistically significant correspondance was found wiht the mean value of loneliness and infertility factor and its effect on sexual performance, the age of the infertile individual, socio-economic status of the individual and the duration of treatment ($p>0,05$). Analysis to evaluate the correspondance of the mean loneliness level with the infertile individual's gender, the education level, working state, duration of marriage, duration of infertility, the effect of infertility in the individuals and his/her family support, physcological support and the reason fort he wish to have a child, was statistically significant ($p<0,05$).

The result of this study showed infertile women felt lonelier with her status than the infertile men. His/Her education level, socio-economic status, family status, duration of marriage, duration of infertility and the reason of infertility affected the feeling of loneliness. Studies in men had to be improved.

Key words: Infertility, loneliness, loneliness in infertility, UCLA-LS Loneliness Scale, IVF.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, çiftlerin 1 yıl süreyle düzenli cinsel ilişki ve herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaya karşın gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (Urman 1997; Beji 2001; Taşkın 2003; Asan 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1994-2000 yılları arasında, gelişmekte olan 47 ülkede, 25-49 yaş kadınlar arasında yaptığı araştırmada çocuk sahibi olmayanların oranı en fazla Nijerya'da (%9,4) saptanmıştır. 13 ülkede bu oran %4-9 arasında değişmektedir. Türkiye'de ise bu oran %3,2 olarak saptanmıştır (Rutstein ve ark. 2004). Amerika'da üreme çağındaki kadın ve erkeklerin yaklaşık % 15'inin veya her 6 çiftten birinin infertilite sorunu ile karşı karşıya kaldığı bildirilmektedir (Davis ve Dearman 1991; Jirka ve ark. 1996;Yenilmez 2003). Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verilerine göre, gebe kalmayıp gebe kalması mümkün olmayan kadınların oranı %9,4 olarak saptanmıştır (TNSA 2003).

İnfertilite, çiftlerin en çok çocuk istedikleri dönemde, beklenmedik bir şekilde karşılarına çıkan, çiftleri psikolojik, sosyal, kültürel ayrıca emosyonel yönden de etkileyen, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir kriz dönemidir (Schoener ve Krysa 1996; Kavlak 1999; Demirci 2001; Yenilmez 2003; Özçelik ve ark. 2007). Bazı toplumlarda üremeyle ilgili sorunlar kadının eşi tarafından küçümsenebilir, yok sayılabilir ya da suç olarak görülebilir. Ayrıca üreme sorunu yaşayan kadınların bazı sosyal olayların dışında bırakıldığı bildirilmektedir (Upkong ve Orji 2006).

Erikson'un gelişimsel teorisi yazarlar tarafından infertiliteye uyarlanmıştır. Erikson'a göre yetişkin gelişiminin en önemli dönemi doğurganlıktır. Bu sürecin başarısız olması, infertil çiftlerin gelecek ile ilgili planlarını, kendi imajlarını, benlik saygısını, ilişkilerini, cinsellik ile ilgili düşüncelerini etkiler (Karanisoğlu 1994; Kavlak 1999; Demirci 2001; Oğuz 2004). İnfertiliteyi deneyimleyen çiftler benlik saygısı problemini de deneyimlemektedir. Yapılan araştırmalar infertilitenin çiftlerde düşük benlik saygısına neden olduğunu göstermiştir (Karanisoğlu 1994;Johnson 1996).

Ayrıca yapılan çalışmalarda infertilite durumunda çiftlerin anksiyete, depresyon, izolasyon, yalnızlık gibi tepkiler gösterdikleri ve bu tepkilerin kadınların erkeklere oranla daha fazla gösterdikleri bildirilmiştir (Hirsch ve Hirsch 1995; Jirka ve ark.1996; Bae ve ark.1999; Lee ve Sun 2000; Lee ve ark.2001; Chou ve Chi 2004; Carreno ve ark. 2007).

Gösterilen tepkiler kültürel, etik ve dini sebeplere bağlı olarak farklılık göstermektedir (Lee ve Sun 2000). İnfertil çiftlerde yalnızlık üzerine yapılan bir çalışmada kadınların eşlerine oranla daha fazla yalnız oldukları bildirilmiştir. Yalnızlık, kişinin sosyal statüsü, kişilerarası ilişkileri, aile, arkadaş ve çevresiyle olan ilişkilerindeki zayıflığa sebep olmakta ayrıca kişinin eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, aile ve çevresinden aldığı destek kişinin yalnızlık duygusunu etkilemektedir (Jirka ve ark.1996; Bae ve ark. 1999; Sevil ve ark. 2006). Kavlak'ın infertil kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, infertil kadınların yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca infertil kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvence durumları, gelir durumları, infertilite süresi, sosyal destek durumlarının etkilediği bildirilmiştir (Kavlak 1999).

Sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşireler, öncelikle infertil çiftlerin yalnızlık duygusunu deneyimlediklerini kabul etmeli ve yalnızlık durumunda ellerinde var olan sosyal destek sistemlerini belirlemelidir. Çiftlerde emosyonel olarak bazı farklılıklar yaşandığı, kadınların erkeklere göre daha hassas oldukları unutulmamalıdır. Danışman ve yönlendirici rolü ile hemşireler çiftlerin ihtiyaç duydukları zamanda başvurabilecekleri destek sistemleri konusunda onları bilgilendirmelidir. Hemşireler, çiftlerin aile ve arkadaşları ile paylaşabilecekleri, infertilite konusunda eksik ve yanlış bilgilerini gidermelidir (Coşkun ve Karanisoğlu 1992; Jirka ve ark.1996; Oskay ve Beji 2001).

İnfertilite tanı ve tedavisinde görülen ilerlemeler, bu konuda uzman hemşirelere olan ihtiyacı arttırmıştır. Bu gelişmeler hemşirenin bakım verici rolü dışında, eğitim, psikolojik destek ve danışman, koordinatör ve hasta hakları savunuculuğu rollerini de ön plana çıkarmıştır. Çiftlerin yaşadıkları emosyonel tepkilerin ve deneyimlerin belirlenmesi konusunda hemşirelere hasta destekleyici ve danışman olarak önemli görevler düşmektedir (Oskay ve Beji 2001).

Bu çalışma infertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnfertilitenin Tanımı

İnfertilite; çiftlerin 1 yıl süreyle düzenli cinsel ilişki ve herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaya karşın gebeliği başarmada yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. İnfertilite, istem dışı çocuksuzluktur (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Taşkın 2003; Yaralı ve Esinler 2006; Asan 2007; Karlıdere ve ark.2007; Orshan 2008; Ricci 2008).

Primer İnfertilite; çiftlerin 1 yıl süreyle düzenli ve korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. Primer infertilite hiç gebeliğin oluşmadığı, kadın veya erkeğe mahsus bir tanımdır (Kavlak 1999; Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Orshan 2008).

Sekonder İnfertilite; daha önce geçirilmiş bir gebeliğin ardından 1 yıl düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen, tekrar gebeliğin oluşmasında yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Kavlak 1999; Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Orshan 2008; Ricci 2008).

Gebelik Kaybı; gebeliğin oluşmasına rağmen kadının gebeliği canlı bir doğum gerçekleştirene kadar sürdürememesidir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Orshan 2008).

Fekondabilite; belli bir zaman periyodunda bir popülasyondaki gebelik oranı olarak tanımlanır (Kavlak 1999; Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Yaralı ve Esinler 2006).

Sterilite; çocuk sahibi olmanın olanaksız olduğu, tedaviye rağmen gebeliğin gerçekleşmediği durumları ifade eder (Urman 1997; Kavlak 1999).

Fertilite; doğurganlık olarak tanımlanır yani 1 yıldan daha kısa süre içinde gebeliğin oluşması, canlı bir doğuma kadar sürdürülmesidir (Urman 1997; Kavlak 1999).

Fertilite Hızı; belli bir popülasyonda bir yıl içinde gebe kalma olasılığıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).

2.2. Tarihi, Kültürel ve Toplumsal Yönleriyle İnfertilite

Üreme, çoğalma ve doğurganlık insanlığın ilk yazılı kanıtlarından bu yana her kültürde en çok önem verilen konulardan biri olmuştur. Birçok din ve kültürde çocuk nimet olarak görülmektedir. Kutsal kitaplar, masallar, efsaneler ve mitoloji üremeyi ve doğurganlığı yücelten, destekleyen ifadeler içermektedir. İncil'de Rachel ve Leah'ın hikayesi anlatılmaktadır. Rachel güzel ve çekiciyken Leah da o kadar çirkin ve iticidir. Ancak Tanrı Leah'ı doğurganlıkla ödüllendirmişken Rachel'ı kısır kılmıştır. Yıllarca süren umudun sonunda Rachel bir erkek çocuk doğurmayı başardığında Tanrıya "Tanrım sana şükürler olsun, beni yüzkarasından kurtardın" diye dua etmiştir. Rachel'in inancına göre, kısırlık yüzkarasıyken bu düşünce yüzyıllarca aynı kalmıştır (Oğuz 2004; Candansayar ve ark.2006; Orshan 2008).

Eski çağlardan beri kadının aile ve toplumdaki yeri her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile ele alınmış ve bu konuda hep kadın sorumlu tutulmuştur. Çocuğu olmayan kadınlardan nefret edilmiş, sevilmemiş ve çeşitli kötü davranışlara maruz bırakılmıştır. Üremeyle ilgili sorunlar kadının eşi tarafından küçümsenmiş, yok sayılmış ya da utanç olarak görülmüştür. Bazı kültürlerde eşlerine kısır karılarını asma hakkı verilmiştir. Kızıldereli geleneklerine göre erkeğin kısır eşini mutfakta bir sandalyeye bağlayarak etrafında ateş yakarak işkence yapma hakkı verilmiştir. Bazı toplumlarda evlendikten uzun bir süre sonra çocuk yapamayan kadının büyük bir günah işlediğine veya birisi tarafından lanetlendiğine, büyü yapıldığına inanılmıştır (Kızılkaya 1992; Saydam 2003; Oğuz 2004; Upkong ve Orji 2006; Altınkaynak 2007).

Günümüzde hala birçok toplumda çocuksuzluk sosyal bir utanç kaynağı olarak görülmektedir. Çocuk sahibi olmak sosyal ve ekonomik açıdan kadınları etkilemektedir. Nijerya'da çocuk sahibi olamayan kadınlar sosyal damgalanma, dışlanma ve ciddi ekonomik yoksunluk yaşamaktadır. Çocuksuz kadınlar bazı sosyal aktivitelerden uzak tutulmaktadır. Kadın, toplumda yer alan erkekle birlikte içinde bulunduğu toplumun kurallarına, değer yargılarına göre sosyal statüsünü şekillendirmektedir. Evlenmek ve çocuk sahibi olmak hem kadının hem de erkeğin toplum içinde statüsünü yükselten bir durumdur. Özellikle kadın için evlenmek ve çocuk sahibi olarak anne olmak gerçek bir statü yükselmesi anlamına gelmektedir. Erkek egemen normların geçerli olduğu toplumlarda kadınların toplumda var olma nedenleri doğurma kapasitelerine indirgenmiştir. Birçok ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de annelikle kadınlık

neredeyse eş anlamlı sözcükler olarak kullanılmaktadır. Anne olmak kadın için temel bir rol olarak görülmektedir. Böyle bir kültürel yapı içinde kadın için çocuksuzluk son derece statü düşürücüdür. Çocuksuz kadın ya evde kalmıştır ya da kısırdır. Nijerya'da çocuksuz evlilikleri olan erkeklere, aileleri tarafından başka bir evlilik yapması yönünde baskı uygulanır, çünkü infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulur. Erkek egemen olduğu Çin kültüründe çocuk sahibi olamayan çiftlere ciddi psikolojik baskı uygulanmaktadır. Çin'de gelin erkek çocuğa gebe kalmadıkça, damatta erkek çocuk sahibi olmadıkça, aile olma ve soyu sürdürme gibi önemli bir misyona kesinlikle sahip olamamaktadır (Gerrits 1997; Okonofua ve ark.1997; Kavlak 1999; Orji ve ark. 2002; Saydam 2003; Candansayar 2006; Chang ve ark. 2007).

Kısırlığın kadınları erkeklere oranla daha fazla etkilediği, çeşitli toplumlarda farklı oranlarda kendini gösterdiği, aile ve toplumda kültürel özelliklere göre değişen psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yarattığı bir gerçektir (Saydam 2003).

2.3. İnfertilite İnsidansi

2.3.1. Dünyada İnfertilite İnsidansı

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin yaklaşık %10-15'ini ilgilendiren ciddi bir üreme sağlığı problemidir (Özçelik ve ark. 2007; Orshan 2008; Ricci 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1994-2000 yılları arasında, gelişmekte olan 47 ülkede, 25-49 yaş kadınlar arasında yaptığı araştırmada çocuk sahibi olmayanların oranı en fazla Nijerya'da (%9,4) saptanmıştır. 13 ülkede bu oran %4-9 arasında değişmektedir (Rutstein ve ark. 2004). Yapılan araştırmalarda infertilite oranının Afrika'da yüksek olduğu gözlenmektedir. Nijerya'da yapılan nüfus ve sağlık araştırması sonuçlarına göre 30 yaş civarındaki kadınların yaklaşık %4'ü asla çocuk sahibi olamamaktadır. Yine 28 Afrika ülkesinde yapılan bir araştırmada primer infertilite sıklığı %3, 20-44 yaş arası kadınlarda sekonder infertilite oranı % 20-25 olarak saptanmıştır (Okonofua ve ark. 1997; Larsen 2000). Yapılan araştırmalar sekonder infertilite oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Latin Amerika'da sekonder infertilite oranı % 40, Asya'da %23, Kuzey Afrika'da ise bu oran %16 olarak saptanmıştır (PATH 1997). İnfertilite, Amerika'da üreme çağındaki kadın ve erkeklerin yaklaşık % 10-15'ni yani yaklaşık 6 milyon insanı etkilemektedir (Orshan 2008; Ricci 2008).

2.3.2. Türkiye'de İnfertilite İnsidansı

Türkiye'de infertilite insidansına yönelik yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1994-2000 yılları arasında, gelişmekte olan 47 ülkede, 25-49 yaş kadınlar arasında yaptığı araştırmada çocuk sahibi olmayanların oranı Türkiye'de %3,2 olarak saptanmıştır (Rutstein ve ark. 2004).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verilerine göre, gebe kalmayıp gebe kalması mümkün olmayan kadınların oranı %9,4 olarak saptanmıştır (TNSA 2003).

2.4. İnfertilitenin Nedenleri

İnfertilite problemli çiftlerin %40'ında neden multifaktöriyeldir. Yaklaşık %30-40'ında erkek infertildir, %20-30'unda ovulasyon problemi, %20-40'ında tubal, vajinal ya da uterin problemler infertiliteye neden olmaktadır. Çiftlerin yaklaşık %10-15'inde ise mevcut standart tanı metodları kullanılmasına karşın infertilite nedeni belli değildir (Akyüz 2003; Yaralı ve Esinler 2006).

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Yaş

Kadın doğurganlığı menarşla başlar, yirmili yaşlarda zirveye ulaşır, menopoza kadar yavaş yavaş azalır ve menopozla birlikte sonlanır. İnfertilite şansı yaşla birlikte artar. Fertilitedeki dereceli azalmaya bağlı olarak, gebeliklerini otuzlu yaşlardan sonraya erteleyen kadınlarda gebelik şansı diğerlerine göre oldukça azdır. Yaşla birlikte kadında overlerde oosit sayısı ve oosit kalitesi düşmekte, aynı zamanda erkekte sperm kalitesi azalmaktadır (Dicker ve ark. 1991; Montella ve ark. 2000; Plas ve ark. 2000; Akyüz 2003; Erdem ve Yıldırım 2003; Eskenazi ve ark. 2003; Orshan 2008).

Yapılan araştırmalar 35 yaş üstü kadınlarda infertilite oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda artan yaşla birlikte infertilite nedenleri arasında farklılıklar gözlenmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre 35 yaş üstü kadınlarda daha genç yaştaki kadınlara göre infertilite nedenlerinin farklılık gösterdiği saptanmıştır (Maheshwari ve ark. 2008). Artan erkek yaşı da infertilite nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalar 40 yaş üstü erkeklerde infertilite oranının yüksek olduğunu

ve infertilite açısından riskli gruba girdiklerini göstermektedir (Rochebrochard ve Thanneau 2003; Dunson ve ark. 2004).

Genetik Faktörler

İnfertiliteye yol açan nedenlerden bir kısmı da genetik kökenlidir. Kadında seks kromozomlarından birinin bozuk ya da yok olmasına bağlı gelişen Turner Sendromu infertilite sebeblerinden biridir. Turner sendromu önemli derecede fertilizasyonu tehlikeye sokmakta ya da tamamen yok etmektedir. Erkekte ise infertiliteye yol açan genetik faktörelerden biri kistik fibrozistir. Kistik fibrozis erkek infertilitesinin %1-2'sinden sorumludur. Kistik fibrozis, kongenital, bileteral vas deferans yokluğu ile ilgilidir. Birçok erkekte kistik fibrozis tanısı infertilitenin tanı ve tedavi aşamasında ortaya çıkmaktadır (Şahin 2006; Koşar ve Özçelik 2007; Orshan 2008).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Birden fazla cinsel partneri olan veya birden fazla cinsel partneri olan erkekle beraber olan kadınlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından risk altındadır. Tedavi edilmeyen pelvik enfeksiyonlar fallop tüplerinin daralmasına ve tıkanmasına neden olmakta ve fertilizasyonun azalmasına neden olmaktadır (Coşkun ve ark. 2005; Orshan 2008).

Chlamydia trachomatis gibi bazı enfeksiyonlar kadında fertilizasyonun azalmasında yakından ilişkilidir. Yapılan bir araştırmaya göre, chlamydia pozitif olan kadınların %27'sinde primer infertilite, %30,6'sında sekonder infertilite saptanmıştır (Coşkun ve ark.2005; Malik ve ark. 2006;Orshan 2008;Siemer ve ark.2008). Ayrıca infertilite oranının yüksek olduğu ülkelerden biri olan Afrika'da yapılan bir çalışmada, HIV enfeksiyon oranının fertil kadınlara göre infertil kadınlarda önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Favot ve ark. 1997).

2.4.2. Çevresel Faktörler

Birçok çevresel toksin kadın ve erkek fertilitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Koruyucu önlemlerin alınmadığı işyerlerinde, kadınlar çevresel tehlikelere maruz kalmaktadır. Çevresel nedenlerden birincisi fiziksel etkenlerdir. Sıcaklık, ışın, travma, iklim koşulları, giyeceklerimiz başlıca fiziksel çevre öğeleridir. Çevresel nedenlerden ikincisi kimyasal etkenlerdir. Aynı zamanda çağdaş yaşamda sık ratlanan stres gibi

psikolojik etkenlerle, sosyokültürel ve ekonomik etmenler de çevresel etkenler arasında sayılabilir (Cemal ve ark. 2007; Orshan 2008).

Çevresel etkenler arasında yer alan hava kirliliği, sperm DNA harabiyetine ve dolayısıyla erkek subfertilitesine neden olabilmektedir (Rubes ve ark. 2005; Rubes ve ark 2007). Karbondioksit; libido azalımı, impotans ve sperm anomalilerinde artışa neden olmaktadır. Dibromokloropropan ise infertilite, azospermi ve oligospermiye neden olmaktadır. Kurşun, krom, nikel ve kadmium gibi metallere maruz kalmakta spermatotoksiktir (Cemal ve ark. 2007).

2.4.3. Yaşam Tarzı Faktörleri

Bireylerin yaşam tarzı seçimleri fertiliteyi etkilemektedir. Sigara kullanımının insanda kalp, akciğer, kan damarları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Aynı zamanda sigara kullanımı kadın ve erkek fertilitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar sigara kullanan kadınların gebe kalma ve gebeliği sürdürme yeteneğinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Bununla beraber aşırı alkol kullanımının hem fertilite hem de gelişen fetüs üzerinde olumsuz etkileri vardır (Laurent 1992; Joesoef 1994; Orshan 2008).

Obesitenin fertilite üzerine olumsuz etkileri literatürde bildirilmiştir. Obezite kadında polikistik over sendromuna, erkekte ise testesteron düzeyinde düşüklüğe neden olmaktadır (Renato ve ark. 2008). Obesitenin semen kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Obezsite erkekte infertilitenin major sebeblerindendir (Kort ve ark. 2006; Renato ve ark. 2008).

Fertiliteyi etkileyen olumsuz yaşam tarzlarını değiştirmek mümkündür. Hemşireler; fertilite üzerine olumsuz etki yaratan sigara, alkol gibi maddelerin kullanımının azaltılmasında veya bırakılmasına da teşvik edici olmalıdır (Orshan 2008).

2.4.4. Fiziksel Faktörler

Yaklaşık olarak infertilite nedenlerinin 1/3'ünü kadına ait faktörler,1/3'den daha az oranda erkeğe ait faktörler oluşturmaktadır. Aynı zamanda %20 oranda hem kadın hem erkeğe ait faktörler etkilidir (Orshan 2008).

2.4.4.1. Kadına Ait Faktörler

Kadında infertilite yaratan faktörler erkeklere göre daha karmaşık ve çeşitlidir. Anovulasyon, ovanın tüplerden uterusa taşınma problemleri, tümör ya da zayıf endometrial gelişim gibi uterin faktörler ve spermin hareketini engelleyen servikal ve vajinal problemler kadında infertiliteye neden olabilir (Akyüz 2003).

Ovulasyon Düzensizlikleri (Anovulasyon)

Anovulasyon kadında infertilitenin en yaygın nedenlerindendir (Akyüz 2003). İnfertil kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, anovulasyon primer infertilite grubunda %44,3, sekonder grupta ise %40 olarak saptanmıştır (Yurtçu ve ark. 2003). Anovulasyon, Turner Sendromu gibi genetik anormalliklerden ya da hipotalomus-hipofiz-over arasındaki etkileşimi bozan hormonal dengesizliklerden kaynaklanabilir. Over tümörleri de hipofizdeki feed-back uyarısını değiştirdiği için anovulasyona neden olabilir. Kişinin yoğun ya da sürekli radyasyona maruz kalması, kötü beslenme, stres gibi faktörler over fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır. (Akyüz 2003; McKinney ve ark. 2005).

Uterusa Ait İnfertilite Nedenleri

Uterus gebeliğin oluştuğu ve geliştiği bir organ olarak fertilite açısından büyük öneme sahiptir. Uterusun konjenital anomalilerinin fertiliteye olumsuz etkileri vardır. Konjenital deformasyonlar implantasyon sahasını sınırlayabilir fakat nadir olarak gelişir. Uterusun kongenital anomalilerinin görülme sıklığı ortalama %3,5'dir (Akyüz 2003; Aksu 2006; Orshan 2008). Kesin bulgular olmamakla birlikte uterusa ait miyomlar infertilite nedenlerinin bir kısmını oluşturmaktadır (Aksu 2006). Fonksiyonel ve nonfoksiyonel intrauterin polipler intermenstruel kanamaların en önemli nedenlerindendir. İnfertiliteye neden olup olmadıkları konusunda literatürde yeterli bilgi yoktur. Travma veya enfeksiyona bağlı uterusun anterior ve posterior duvarlarının tamamen veya kısmen birbirine yapışması olarak tanımlanan "İntrauterin Sineşi" olgularında şinesinin şiddetiyle orantılı olarak infertilite ve amenore görülmektedir (Aksu 2006). Uterin endometriumun uterus dışında başka bölgede bulunması endometriozis olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis gelişimi infertilitede uterin faktördür. Kadınların yaklaşık %25'inde gelişmektedir (Akyüz 2003).

Servikse Ait İnfertilite Nedenleri

Servikal problemler infertil vakaların %3.1 'den sorumludur. Anatomik olarak serviksde ve servikal kanalın salgıladığı mukustan meydana gelen her türlü bozukluk sonucu infertilite ortaya çıkmaktadır. Ovulasyon zamanı, servikal mukus incelir ve böylece 12-72 saatlik periyodda spermlerin kolaylıkla ilerlemesi sağlanır. Eğer koitus bu periyodda senkronize değilse spermatozoa servikse penetre olamazlar. Serviksin imflamasyonu ya da enfeksiyonu, servikal mukusta spermatozoanın kolayca penetre olamayacağı ve hayatta kalamayacağı değişikliklere neden olmaktadır. Servikal osun aşırı sertliği ya da poliple kapalı olması da infertiliteye neden olabilir (Kavlak 1999; Akyüz 2003).

Tubalara Ait İnfertilite Nedenleri

Tubal ve peritoneal faktörler kadına bağlı infertilite nedenlerinin %30-40'ını oluşturmaktadır. Tubal faktör tubalarda hasarın ya da tıkanıklığın bulunmasıdır. Genellikle geçirilmiş pelvik inflamatuar hastalık (PID), endometriozis pelvik veya tubal cerrahi tubal tıkanıklığın en önemli nedenlerindendir (Taşkın 2003; Durmuşoğlu ve Elter 2006). PID, uterus, fallop tüpleri ve diğer destek yapıları tutan pelvik organların enfeksiyonudur. PID genellikle servikal enfeksiyonla başlar ve daha sonra fallop tüpleri ve overlere yayılır. Tedavi edilmeyen durumlarda PID fallop tüplerinde yapışıklıklara ve sonucunda infertiliteye neden olmaktadır (Akyüz 2003). Fallop tüpleri aynı zamanda sperm hareketleri üzerinde de önemli rol oynar. Spermin tüplere transportunu sağlayan faktörler arasında tüplerin motilitesi, tüp lümeninde epitel hücrelerin silier aktivitesi, tubal sıvının aktivitesi ve sperm motilitesi bozuklukları sonucu infertilite oluşmaktadır (Kavlak 1999).

Vulva ve Vajene Ait İnfertilite Nedenleri

Vulva ve vajende var olan anatomik bozukluklar infertilite nedeni olabilmektedir. Bunların başında imperfore himen (himenin doğuştan kapalı olması), vajende enine boyuna septum varlığı, parsiyel veya total vajen yokluğu gelmektedir. Bu şartlarda koitus olmamakta ve spermatozoidlerin vajene girmesi önlenmektedir (Kavlak 1999).

Disparonia, vajinismus gibi durumlar tam olmayan ya da nadir olan cinsel ilişkiye neden olduğu için infertiliteye sebeb olabilir (Taşkın 2003).

Vajinanın enfeksiyonu vajinal pH'nın spermatozoaların motilitesini sınırlayan ya da engelleyen asidik hale gelmesine neden olabilir. Bazı kadınların serumlarında vajina ya da serviksteki sperm hücrelerini olumsuz etkileyen antikorlar bulunabilir. Bu problemlerin bir veya ikiside spermatozoaların uterusa geçisini engelleyebilir (Akyüz 2003).

2.4.4.2. Erkeğe Ait Faktörler

Erkeğe ait bazı faktörler infertiliteye neden olmaktadır. Bunlar;

- Spermatogenezisde bozukluk (sperm hücrelerinin yapısında),
- Seminifer tubulüslerde, kanallarda ya da damarlarda spermlerin hareketini engelleyecek tıkanıklık,
- Otoümmun nedenlerle hareketsiz sperm,
- Seminal mayide spermin motilitesini engelleyen kalite ve miktar değişiklikleri,
- Spermlerin penetrasyon ve fertilizasyonuna izin veren kadın serviksine yeterince yakın mesafede ejekulasyon ya da depolamayı engelleyen problemler (Akyüz 2003; Mc Kinney ve ark.2005).

Sperm Problemleri

Sperm üretimi, miktarı, hareketliliği veya yapısı ile ilgili problemler erkekte infertilite nedenlerini oluşturmaktadır (Urman 1997; Orshan 2008). Sperm miktarı tek bir ejekülasyona ya da mililitredeki sperm sayısıdır. Bir ejekülasyonda en az sperm miktarı 20 milyon /ml'dir (Akyüz 2003; Orshan 2008). Normal bi ejekülasyon hacmi en az 2ml'dir. Hacimde var olan azalma üretra ve mesane sfinkteri arasında sonlanan kötü ejekülasyona neden olmaktadır (Orshan 2008).

Spermlerin en az %60'ı hareketli ve yine en az %60'ı normal şekilde ve formda olmalıdır (Akyüz 2003; Yaralı ve Esinler 2006; Orshan 2008). Spermatozoa normal ve tam motil hale gelebilmesi için vucut ısısından belirgin derecede düşük ısıda üretilmeli ve beklenmelidir (Akyüz 2003). Vücut ısısını arttıran herhangi bir neden, travma, enfeksiyon sperm motilitesini düşürmektedir (Akyüz 2003; Orshan 2008). Masa başında uzun süre çalışmak, uzun süre araba kullanmak, çok sık sıcak küvette yıkanmak, saunaya girmek gibi skrotal sıcaklığı arttıran davranışlar sperm miktarını azaltabilir (İrez ve ark. 1997; Akyüz 2003). Hidrosel gibi konjenital anomaliler düşük sperm

üretimine neden olabilmektedir. Ancak hidroselin tek başına infertiliteye neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmamaktadır (Turgut 2005; Orshan 2008).

Erkek infertilitesinin en önemli nedenlerinden birisi de spermatik venin genişlemesi ile karakterize, erişkin populasyonunda %15, infertil erkeklerde %35 oranında rastlanan varikoseldir. Spermatik vendeki bu genişleme testis içindeki ısıyı arttırarak spermatogenezisi yavaşlatır ya da bozar (Akyüz 2003; Reşorlu ve ark.2006; Kervancıoğlu ve ark.2008).

İlaç, alkol ve madde kullanımı, aşırı radyosyana maruz kalma gibi çevresel faktörlerde infertilite nedenlerindendir (Perk ve ark.2005).

Ereksiyon ve Ejekulasyon Problemleri

Organik bozukluklara bağlı libido azalması, prematüre ejekülasyon, erektil disfonksiyon, retrograd ejekülasyon infertil erkeklerde gözlenmektedir (McKinney 2005; Orshan 2008). İnfertil erkeklerde yapılan bir çalışmada %22 oranında erektil disfoksiyon, %57 premature ejekülasyon %3 anejekülasyon, %4 retrograd ejekülasyon, %8 libido kaybı saptanmıştır (Tunç ve ark 2004). Birçok fiziksel ve psikolojik faktörler erkeklerde ereksiyon problemi yaratmaktadır. Kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sinir sistemini etkileyen spinal kord yaralanmaları ereksiyon problemi yaratan nedenler arasındadır (McKinney 2005; Orshan 2008). Bunların yanında hipospadias ya da epispadias gibi kongenital anomaliler ejekulatın vajen içine girmemesi veya yeteri kadar depolanmaması nedeni ile infertiliteye neden olabilir (Kavlak 1999; Akyüz 2003).

2.4.5. Açıklanamayan İnfertilite

İnfertil çiftlerin yaklaşık %15'inde infertilite nedeni bilinmemektedir (Orshan 2008). Kadına ve erkeğe ait fertiliteyi etkileyen testlerin normal olması, olası risk faktörlerinin olmaması fakat gebeliğin oluşmadığı durumları ifade etmektedir. Olası riskler tek başına infertilite nedeni oluşturmayabilir ancak bir araya geldiklerinde infertiliteye neden olabilir. Nedeni belli olmayan infertilite vakalarının bir bölümünün arkasında psikolojik sebebler yatabilir. Bu nedenle çiftler hem fiziksel hem de psikolojik açıdan değerlendirilmelidir (Kızılkaya 1992; Oğuz 2004; Orshan 2008).

2.5. İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftlerin değerlendirilmesinde yapılması gerekenlerin başında infertiliteye neden olabilecek nedenlerin araştırılması gelmektedir (Taşkın 2003; Yaralı

ve Esinler 2006). Değerlendirmenin başlangıcında kadının ovulator olup olmadığı, uterin kavitenin implantasyon için uygun olup olmadığı ve erkeğin sperm sayısının döllenmeye yetecek düzeyde olup olmadığı belirlenmelidir (Yaralı ve Esinler 2006).

2.5.1. Kadının Değerlendirilmesi

2.5.1.1. Genel Sağlık Öyküsü

Genel sağlık öyküsü infertilite araştırmalarında kadının değerlendirilmesinde ilk basamaktır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000).Genel sağlık öyküsü bize bireyin hem genel sağlığı hem de üreme sağlığı ile ilgili bilgi verir (McKinney ve ark. 2005).

Öncelikle kadının yaşı, mesleği, evlilik süresi, gebelik hikayesi ve sonuçları sorgulanır. Tekrarlayan spontan düşükler, operatif doğum ya da komplike seyirli terapotik düşüklerin bulunması, infertilite etyolojsi açısından bilgi verir. Kadının mestrual hikayesi sorgulanır. İlk menarş yaşı, menarş düzeni, son adet tarihi, mittelschmerz (ovulasyon ağrısı), premestrual semptomlar ve dismenore sorgulanmalıdır. Kontraseptif öyküsü, hangi yöntemi kullandığı, ne kadar süreyle kullandığı sorulur. Koitus hikayesi sorgulanır. Ne zamandan beri korunmasız cinsel ilişkide bulunduğu, koitus sıklığı, postkoidal duş yapıp yapmadığı, disparoni olup olmadığı sorulmalıdır. Geçirilmiş kronik hastalıklar ve halen var olup olmadığı, özellikle endokrin hastalıklar (troid disfonksiyon), travma, enfeksiyon varlığı sorgulanır. Bunların yanında kişinin sigara, alkol alışkanlıkları, ilaç kullanımı, radyasyon ya da toksik maddelere maruz kalıp kalmadığı sorulur. Aynı zamanda kişinin aile öyküsü alınır. Aile perinatal, neonatal ölüm öyküsü, kronik hastalık varlığı sorgulanır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Akyüz 2003; Taşkın 2003; McKinney ve ark. 2005; Yaralı ve Esinler 2006; Orshan 2008).

2.5.1.2. Fiziksel Muayene

Kadının genel fizik muayenesinde öncelikle sekonder seks karakteristikleri (göğüs gelişimi, aksiller ve pubik kıllanma) incelenerek endokrin disfonksiyon belirtileri araştırılır. Fiziksel muayenede meme ve troid muayenesi önemlidir. Sekonder seks karakterleri maturite ve hipofiz fonksiyonlarını göstermesi açısından önemlidir. Üreme organlarını incelemek için yapılan genitoüriner ve pelvik muayene ile üreme organları, uterusun pozisyonu, vajinal ve servikal enfeksiyon veya anomali varlığı,

pelvik kitle olup olmadığı değerlendirilir (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000; Akyüz 2003; Taşkın 2003; McKinney ve ark.2005;Orshan 2008).

2.5.1.3. Özel Tetkikler

İnfertil kadın için yapılacak özel tetkikler, tam kan sayımı, ovulasyonun değerlendirilmesi (bazal vücut ısısı, serum progesteron tayini, endometrial biyopsi), postkoital test ve tubal ve peritoneal faktörlerin değerlendirilmesini kapsar (Akyüz 2003; Taşkın 2003; McKinney ve ark. 2005; Orshan 2008).

Ovulasyonun Değerlendirilmesi

Menstrual hikaye, bazal vucut ısısı, serum progesteron tayini ve endometrial biyopsi ile yapılır. Ovulasyonun değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler ovulasyonun tahmin edilmesini sağlar. Ovulasyonun tahmin edilmesi çiftin ilişki zamanlamasını kolaylaştırır (Yaralı ve Esinler 2006).

Kadının ovulasyon tayini kesin olmasa dahi sadece öyküsünden tahmin edilebilmektedir. Kadının düzenli (21-35 gün) adet görüyor olması tek başına %91-97 olguda düzenli ovulasyon varlığını gösterdiği kabul edilebilmektedir (Yaralı ve Esinler 2006).

Vücut ısısı ovulasyondan birkaç gün önce hafif düşer, ovulasyon ile artan progesteronun hipotalamustaki ısı merkezine uyarıcı etkisi nedeni ile, luteal dönemde 0.2-0.5 derece yükselir ve 10-12 gün bu düzeyde seyreder. Bazal vücut ısısındaki artış ovulasyonun var olduğunu gösterir. Kadın adet görür ise ısı tekrar düşer, gebelik var ise ısı yüksek olarak devam eder. Kadın her sabah yataktan kalkmadan vücut ısısını ölçüp kaydetmelidir. Ancak enfeksiyon, uykusuzluk, hastalık gibi nedenler de vücut ısısını yükselteceğinden kadın vücut ısısını doğru yorumlaması konusunda bilgilendirilmelidir (Kavlak 1999; Yaralı ve Esinler 2006; Orshan 2008).

Serum progesteron tayini ovulasyon değerlendirme testleri arasında en güvenilir olanıdır. Genellikle 10-12 ng/ml sınır olarak alınmaktadır. Serum progesteron ölçümü için kan, mid veya geç luteal dönemde alınmaktadır (Kavlak 1999; Akyüz 2003;Yaralı ve Esinler 2006).

Diğer bir test endometrial biyopsidir. Endometrial biyopsi ile ovulasyonun varlığı ve kalitesi değerlendirilir. Biyopsi genellikle mentrual siklustan 2-3 gün önce alınır. Biyopside endometrium dokusu sekretuar fazla uyumlu değil ise ovulasyon

gerçekleştiği düşünülür (Kavlak 1999; Akyüz 2003; Yaralı ve Esinler 2006; Orshan 2008).

Postkoital Test (Sims-Huhner Test)

Ovulasyon öncesinde servikal mukusta karakteristik değişiklikler olur. Sims-Huhner Postkoidal Test tekniği ile hem servikal mukusun özellliği hem de spermlerin canlılığı kontrol edilir. Bu testte üç günlük cinsel perhizden sonra kadının bazal vücut ısısı tekniği ile belirlediği ovulasyon gününde cinsel ilişkide bulunması ve ilişkiden 4-8 saat içinde kliniğe gelmesi istenir. Klinikte servikal mukus örneği alınır. İlk muayene edilecek olan servikal mukusun özelliğidir (Taşkın 2003; Orshan 2008).

Ovulasyon zamanında servikal mukus, taze yumurta beyazına benzer. İki lam arasına alınan mukus çekildiğinde uzar (Spine-Barkeit Test). Lam üzerindeki mukus kurutulduğunda içeriğindeki tuz kristalleri eğreltiotu manzarasında görülür (Fern-Like Test). Aynı zamanda mukus içerisinde spermlerin hareketliliği, canlılığı ve öne ilerleme özellikleri kontrol edilir. Mukus içerisinde hiç canlı spermatozoid yoksa veya hareketsiz spermatozidler varsa test negatiftir (Kavlak 1999; Taşkın 2003).

Uterin, Tubal ve Peritoneal Faktörlerin Değerlendirilmesi

Kullanılan yöntemler rubin testi, histerosalpingografi (HSG), histereskopi, laparoskopidir (Yaralı ve Esinler 2006).

Seminal mai analizinde erkek fertil ise, kadında Rubin Test uygulanır. Rubin testte, fallop tüplerine karbondioksit verilerek tubal tıkanıklık değerlendirilir. Eğer fallop tüpleri açık ise karbondioksit, hasta dik oturduğunda abdominal kaviteden yükselerek subdiyafragmatik sahayı irite eder ve bu durum hastada geçici bir omuz ağrısına neden olur (Taşkın 2003).

Histerosalpingografi (HSG) ilk tercih edilmesi gereken yöntemdir. HSG genital kanalın iç yapısı hakkında çok değerli bilgi verir. HSG fallop tüplerinin radyo-opak madde kullanılarak görüntülenmesidir. HSG, serviksten geçişin kolay olması ve olası gebeliğe zarar vermemek için menstrual kanamadan hemen sonra yapılır. Vajina, serviks ya da uterus da enfeksiyon varlığında kontrendikedir. İşlem için radyoopak madde serviks içine basınç ile verilir. Bu sırada uterus ve her iki tüp maddeye geçiş sağlar. İşlem sırasında uterus ve tubalarda gerginlik, ağrılı kramplar olabilir. İşlemden sonra madde vajinadan atılır. Maddenin serviksten verilmesi diagrostik olduğu kadar

terapotiktir. Solüsyonun basıncı geçiş sırasında tüplerdeki yapışıklıklarda açılmasına neden olabilir ve tubaların geçirgenliğini arttırır (Akyüz 2003).

Histereskopi uterin kavitenin endoskopik olarak incelenmesini amaçlamaktadır. Uterin adhezyon ya da diğer anormalliklerin belirlenmesinde yardımcıdır (Akyüz 2003; Yaralı ve Esinler 2006).

Genital kanalın dış yapısının incelenmesinde laporoskopi kullanılır. Laporoskopi ile pelvik organların direkt olarak görülmesi ile uterus, fallop tüpleri ve overlerin değerlendirilmesi mümkündür. Özellikle tanısı konulmayan endometriozis ve pelvik adhezyonlar görülebilir ve yerleşimi, natürü ve derecesi değerlendirilir. Laparoskopi infertilite değerlendirilmesinin son basamağını oluşturur. Günümüzde infertilite amacı ile yapılan tanısal laparoskopi esnasında, saptanan patolojiler operatif laporoskopi ile erken bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Bu nedenle, laporoskopi öncesi, HSG dahil tüm testlerin tam olarak yapılması gerekmektedir (Akyüz 2003; Yaralı ve Esinler 2006).

2.5.2. Erkeğin Değerlendirilmesi

2.5.2.1. Genel Sağlık Öyküsü

İnfertilitenin değerlendirilmesinde öykü ilk basamağı oluşturur. Hastada ayrıntılı tıbbi ve cerrahi öykü sorgulanır. Sperm kalitesini etkileyen yüksek ateş, akut enfeksiyon gibi organizmanın direncini bozan hastalıklar sorgulanır. Ayrıca sperm yapımını olumsuz etkileyen sistemik hastalıklar (diyabet, kanser, orak hücreli anemi gibi) ve genetik hastalıklar (kistik fibrozis, Klinefelter sendromu gibi) yönünden kişi sorgulanır. Kişiye fertiliteyi etkileyecek cerrahi girişimler geçirip geçirmediği sorulur. Geçirilmiş prostat, mesane, pelvik ve retroperitonel bölge ameliyatları, retrograd ejekülasyon veya anejekülasyona yol açarak infertilite nedeni olabilirler. Ayrıca, geçirilmiş testiküler enfeksiyon ve travma da sorgulanır (Can ve Turgut 2003; Taşkın 2003; Günalp ve Yücel 2006; Yaralı ve Esinler 2006).

Kullanılan ilaçlar, alerjiler sorgulanır. Nitrofrantotin, sulfasalazine, spiranolaktan, kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlar erkekte fertiliteyi etkilediği bilinmektedir (Günalp ve Yücel 2006). Aşırı alkol kullanımı, sigara, madde kullanımı sorgulanır. Sigara kullanımı sperm motilitesini düşürmekte ve anormal şekilli germ hücrelerinin artmasına neden olmaktadır. Aşırı alkol kullanımı testis işlevi bozukluğu yaparak empotans ve infertiliteye neden olmaktadır. Ayrıca esrar kullanımı sperm sayı

ve motilitesini azaltmaktadır (Taşkın 2003; Günalp ve Yücel 2006; Yaralı ve Esinler 2006).

Aile öyküsü sorgulanır. Ailede; kistik fibrozis, kongenital vas deferens agenezisi gibi hastalığa sahip fertlerin bilinmesi önemlidir. Kardeşlerde fertilite problemi olup olmadığı sorulur. Çocukluk hastalıkları ve gelişim öyküsü sorgulanır. Puberteye erişme yaşının bilinmesi önemlidir. Çünkü gecikmiş puberte; Kallmann sendromu veya Klinefelter sendromunun göstergesi olabilir. Çocukluk çağında geçirilen bazı hastalıklar fertiliteyi olumsuz etkileyeceğinden bu dönemde geçirilen hastalıklar ve gelişim öyküsü ayrıntılı sorgulanmalıdır. Erişkin çağda geçirilen kabakulak fertiliteyi olumsuz etkiler. Kabakulak sonrası %15-25 oranında orşit oluşur, bunun da %10'u bileteraldir. Orşit sonucunda testis atrofisi görülebilir. Testis atrofisi 1-6 ay ile yıllar arasında sürebilir (Can ve Turgut 2003; Günalp ve Yücel 2006).

Erkeğin infertilite süresi ve eğer varsa bu süreçte gördüğü tedaviler ve önceki fertilite öyküsü sorgulanır (Can ve Turgut 2003; Günalp ve Yücel 2006). Ayrıca koitus sıklığı ve zamanlaması sorgulanir (Can ve Turgut 2003; Taşkın 2003; Günalp ve Yücel 2006).

2.5.2.2. Fiziksel Muayene

Vücudun herhangi bir sistem veya organında olabilecek bir patoloji, sperm yapımı ve fonksiyonunu olumsuz yönde etkileyeceğinden öncelikle erkeğe tam ve detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır. Öncelikle, erkek tipi vücut kıllanması ve temporal saç dökülmesi, jinekomasti ve önükoid vücut yapısının olup olmaması belirlenerek, kişinin androjenik aktivitesi değerlendirilmektedir. Daha sonra genel bir fizik muayene yapılarak genital muayeneye geçilmektedir (Can ve Turgut 2003).

Erkeğin genital muayenesinde cinsel organlarla ilgili şu özelliklere dikkat edilmelidir:

1. Penis muayenesi, üretral meatus yeri,
2. Testislerin palpasyonu ve büyüklükleri,
3. Vaz deferensler, epididimlerin varlığı ve yapısı değerlendirilir. Konjenital bileteral vaz deferens yokluğu sadece fizik muayene ile saptanır.

4. Varikosel varlığı,
5. Testiküler kitle, herni ve hidrosel varlığı,
6. Dijital rektal muayene (Can ve Turgut 2003; Günalp ve Yücel 2006).

2.5.2.3. Semen Analizi

Erkek infertilitesinde labaratuvar değerlendirmesinde semen analizi ilk işlemdir. Semen analizi; sperm yapımı, hormonal bütünlük ve erkek üreme sisteminin değerlendirilmesinde primer bilgi kaynağıdır (Can ve Turgut 2003; Taşkın 2003; Günalp ve Yücel 2006; Yaralı ve Esinler 2006).

Semen analizi 2-3 günlük cinsel perhizden sonra, masturbasyon yolu ile evde ya da labaratuvarda toplanır. Evden taşıma sırasında örnek, oda ya da vücut ısısında tutulmalı ve bir saat içinde labaratuvara getirilmelidir. Spermatozoalar labaratuvarda mikroskop altında kontrol edilir (Akyüz 2003; Taşkın 2003; Günalp ve Yücel 2006).

Semen analizi hacim, konsantrasyon, motilite gibi önemli bilgiler verir. Normal semen parametreleri Tablo 2-1'de verilmiştir (Akyüz 2003; Taşkın 2003; Mc Kinney ve ark. 2005; Günalp ve Yücel 2006; Yaralı ve Esinler 2006).

Tablo 2-2-1: Normal semen parametreleri

Semen Hacmi	2.0-6.0
Ph	7.2-7.8
Sperm konsantrayonu	> 20 milyon /ml
Motility	> %50 ileri hareket
Morfoloji	> %60 normal olmalı
Likefaksiyon zamanı	30 dakika altı
Lökosit	< 1 milyon /ml

2.5.2.4. Endokrin Değerlendirme

Erkek infertilitesi değerlendirmesinde hormon düzeylerinin belirlenmesine nadiren gerek duyulur. Bazı uzmanlar her infertil erkeğe endokrin değerlendirme yapılmasını önermekle birlikte bu konuda görüş birliği yoktur. Semen parametreleri normal olan erkeklerde endokrin bozukluklar çok nadir görülmektedir. Endokrin değerlendirme endike olduğu koşullarda ve olgularda yapılmalıdır.

Endokrin değerlendirmenin endike olduğu durumlar şunlardır;

1. Anormal semen analizi, sperm sayısı < 10 milyon /ml olan olgularda
2. Seksüel işlevde bozulma (empotans, libido kaybı gibi)
3. Spesifik bir endokrinpatiyi düşünüdürebilecek diğer klinik bulgular (troid disfonksiyon gibi).

Erkek infertilitesinin endokrin değerlendrilmesinde gözlenen hormon düzeyleri Tablo 2-2'de verilmiştir (Can ve Turgut 2003; Mc Kinney ve ark. 2005; Günalp ve Yücel 2006).

Tablo 2-2-2: Erkekte endokrin değerlendirme

Klinik Durum	FSH	LH	Testesteron	Prolaktin
Normal spermatogenez	Normal	Normal	Normal	Normal
Hipogonadotropik Hipogonadizm	Düşük	Düşük	Düşük	Normal
Anormal Spermatogenez	Yüksek/Normal	Normal	Normal	Normal
Tam testiküler yetmezlik	Yüksek	Yüksek	Normal/Düşük	Normal
Prolaktin salan pituiter tümör	Normal/Düşük	Normal/Düşük	Düşük	Yüksek

Ayrıca erkekte ejekülasyon veya orgazmdan sonra ilk idrarın, sperm varlığını saptamak amacıyla idrar analizi yapılmaktadır. İdrarda sperm varlığı retrograd ejekülasyon tanısı açısından önemlidir (Can ve Turgut 2003; Mc Kinney ve ark. 2005; Günalp ve Yücel 2006).

2.5.2.5. Radyolojik Değerlendirme

Skrotal Ultrasonografi

Testis ve paratestiküler elemanların fizik muayenede değerlendirilmelerinde, normal dışı bulguların saptanması ya da hidrosel veya kalın skrotum cildi nedeniyle net bir şekilde değerlendirilmediği durumlarda skrotal utrasonografi yapılmaktadır (Can ve Turgut 2003; Günalp ve Yücel 2006).

Transrektal Ultrasonografi (TRUS)

Prostat, seminal vezikül ve ejekülatör duktusların değerlendirilmesinde son derece faydalı bilgiler sağlamaktadır. İnfertil hastada TRUS'un en önemli endikasyonu düşük seminal hacimli azospermik hastaların değerlendirilmesidir. İnfertil erkekte TRUS endikasyonları Tablo 2-3'de verilmiştir (Can ve Turgut 2003; Günalp ve Yücel 2006).

Tablo 2-2-3:İnfertil erkekte TRUS endikasyonları

- Azospermia
- Anormal dijital rektal muayene
- Retrograd ejekülasyon
- Semen analizinde 1.5'den daha az hacim,%20'den az motilite olduğunda
- Hematospermi ve pyospermia
- Rektal yaralanma, pelvik kırık, genital travma öyküsü
- Oligoastenospermi

2.5.3. İnfertil Çiftin Genetik Değerlendirilmesi

Günümüzde bazı genetik testler infertil çiftlerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Kadının öyküsünde tekrarlayan düşüklerin olması, multiple konjenital anomalili çocuk doğurma öyküsü, akrabada infertilite varlığı koryotip ya da monogenetik hastalık yönünden uyarıcı olmalıdır (Yaralı ve Esinler 2006).

Genetik nedenler sperm taşınma sistemi veya yapımı etkileyerek infertiliteye neden olabilirler. Özellikle azospermik ve şiddetli oligospermik hastalarda genetik anormalliklerin sıklığı nedeni ile bu hastalarda genetik değerlendirme yapılması gerekmektedir. İnfertilitenin genetik nedenleri, Y-kromozom mikrodelesyonları,

konjenital vaz deferens agenezisine neden olan kistik fibrozis gen mutasyonları, sayısal ve yapısal kromozom anomalileri olarak sayılabilir (Can ve Turgut 2003; Şahin 2006; Yaralı ve Esinler 2006; Koşar ve Özçelik 2007).

Hem erkek hem de kadın infertilitesinin genetik nedenlerinin anlaşılması hem tedavi yaklaşımlarının hem de doğacak çocukların taşıyabileceği risklerin bilinmesi açısından önemlidir (Koşar ve Özçelik 2007).

2.5.4. İnfertilitenin Psiko-Sosyal Açıdan Değerlendirilmesi

İnfertilite, çiftlerin en çok çocuk istedikleri dönemde, beklenmedik bir şekilde karşılarına çıkan, çiftleri psikolojik, sosyal, kültürel ayrıca emosyonel yönden de etkileyen, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir kriz dönemidir (Schoener ve Krysa 1996; Kavlak 1999; Demirci 2001;Yenilmez 2003; Özçelik ve ark. 2007).

İnfertil çiftelerde tanı ve tedavi sürecinin henüz başında yapılacak psiko-sosyal değerlendirme ileri dönemde ortaya çıkabilecek psikolojik problemlerin önlenmesi ve başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesinde önemlidir (Özçelik ve ark.2007).

2.5.4.1. İnfertilite Görülen Emosyonel Tepkiler

İnfertilite ile karşı karşıya kalan bireyler beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlar. Bu yolculuk belli dönemlere ayrılmaktadır. İnfertilite tanısı alan bireylerde ilk yaşanan dönem şok dönemidir. Ardından yaşananlar inkar, kızgınlık, öfke, şuçluluk, depresyon, izolasyon, kabullenme ve çözüm dönemleridir (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006; Özçelik ve ark. 2007).

Şok Dönemi

İnfertilite pek çok çift için kabul edilmesi zor bir durumdur. İnfertil olduklarını öğrendiklerinde çiftlerin ilk tepkisi büyük bir şaşkınlık ve şok olur (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006).

Hiçbir çift evliliğin ya da ilişkinin başlangıcında infertil olabileceklerini düşünmez. Her insan başlangıçta çocuk sahibi olmasını engelleyebilecek hiç bir sorunu olmadığını düşünür. Kadınlar kendini doğurgan, erkekler ise dölleyebilir olarak kabul ederler. Bu nedenle infertilite sorununun ortaya çıkması özellikle fazla beklentisi olan kişilerde şiddetli bir etki yaratır (Demirci 2001; Candansayar ve Coşar 2006).

İnkar (Yadsıma) Dönemi

Şok dönemini inkar (yadsıma) dönemi izler. Bu dönemde bireyler infertil olduklarına inanmak istemezler. Bu hoş olmayan gerçeği farketmemek için bilinçsiz olarak inkarı bir savunma yolu olarak kullanabilirler. İnkar, geçici bir rahatlama sağlar. Kişinin sorunu kabullenme ve başetme yöntemleri geliştirebilmesi için zaman kazandırır. Ancak uzun sürerse sorunu kabullenmeyi ve yardım etmeyi engeller (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006; Özçelik ve ark. 2007).

Öfke ve Kızgınlık Dönemi

İnfertil çiftler "neden biz" duygusunu yoğun olarak yaşamaktadırlar. Çiftlerin bedenleri üzerindeki ve gelecekleri ile ilgili kontrol kaybı, çevreden gelen baskılar, neden çocuk yapmadıklarını soran yakınlar öfke ve kızgınlık duygularına neden olabilirler. Bu duyguyu bazen eşler birbirlerine, kendi aile yakınlarına, arkadaşlarına bazen de sağlık personeline yöneltebilir (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006).

Suçluluk Dönemi

Suçluluk, bir başarısızlık hissine karşı gösterilen önemli bir tepkidir. Çiftler infertiliteye kendilerinden kaynaklanan bir nedenin yol açtığını düşünerek suçluluk duygusuna kapılabilirler. Bu duygu birbirlerine karşı olabileceği gibi, geçmişteki davranışları nedeniyle şimdi infertil oldukları düşüncesinden de kaynaklanabilir. Bazı kişiler kendilerinin cezalandırıldığını düşünürler. Genellikle yaşam tarzı, geçmişteki cinsel aktiviteler, kullanılan doğum kontrol yöntemleri veya kadınlar yapmış olduğu kürtajlar nedeniyle kendilerini suçlarlar (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006).

Depresyon Dönemi

Şuçluluk duygularını izleyen dönemde çiftler depresyon benzeri bir yaşantı içine girerler. Yoğun çelişkiler, acı, keder duyguları depresyona neden olabilir. Aynı zamanda infetilite ile ilgili olarak sağlığına olan güvenin kaybı, toplumda saygınlık kaybı, geleceğe güven kaybı da depresyona neden olabilir (Demirci 2001; Yenilmez 2003; Candansayar ve Coşar 2006).

Yapılan çalışmalar infertil bireylerde depresyon oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir (Guz ve ark.2003; Gülseren ve ark. 2006; Ozkan ve Baysal 2006).

İnfertilite hangi cinsiyette olursa olsun, kadınlarda depresyon daha çok görülmektedir. Anderson ve arkadaşlarının infertil çiftler üzerinde yaptığı bir çalışmada, infertil kadınlarda depresyon oranı %26, infertil erkeklerde %9 olarak saptanmıştır (Anderson ve ark. 2003). Ayrıca yapılan çalışmalar eş, eşin ailesi ve sosyal çevrenin olumsuz tutumlarıyla karşılaşan infertil kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğunu göstermiştir (Guz ve ark. 2003; Gülseren ve ark. 2006).

İzolasyon Dönemi

İnfertil çiftlerin çoğunluğu yalnızlık hisseder ve bu yüzden sorunlarla baş etmeleri daha zordur. Çoğu infertil çift yaşadıkları korkulardan dolayı problemlerini paylaşmak istemez. Arkadaşlarının ve ailelerinin kendilerini anlamada yetersiz kaldığı düşüncesiyle onlarla ilişkilerini sınırlı tutmaktadırlar (Yenilmez 2003).

Kabullenme ve Çözüm Dönemi

Genellikle infertilite ile ilgili duyguların tamamen çözümlenmesi çok zordur. Bazı özel durumlarda yeniden yaşanabilir ama bireyleri eskisi gibi yoğun etkilemez. Bu dönemde eşlerin gelecek için plan yapmaları ve yaşamlarını yeniden düzenlemeleri söz konusudur. Durumları kabullenen infertil bireyler bundan sonraki yaşamlarına nasıl devam edeceklerine karar verirler ve çözüm yolları ararlar. Bu dönemde ayrıca cinsellik kavramı, benlik saygısı yeniden düzenlenir. Çocuksuz bir yaşam, tedaviye devam etmek ya da evlat edinmek gibi seçenekler belirlenerek eşlerin bu yeni duruma uyumları beklenir (Kavlak 1999; Demirci 2001).

İnfertilite krizine verilen emosyonel tepkiler kimi zaman birbiri içine geçmiş olarak çifler tarafından yaşanabilir, kimi zamanda sıraları farklı olarak ortaya çıkabilir (Candansayar ve Çoşar 2006).

2.5.5. Yalnızlık Kavramı

Sosyal ilişkiler insan yaşamının özünü oluşturmaktadır. Bu yüzden sosyal alanda yaşanan sıkıntıların bireyleri olumsuz yönde etkilediği gözlenmektedir. Bu sıkıntılı durumlardan biri olan yalnızlık, sosyal ilişkiler ağında önemli niteliksel ve niceliksel eksikliklerin olması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sosyal ilişki yoksunluğu bireyleri yalnızlığa ve pek çok soruna itmektedir (Demir 1989; Kılınç ve Sevim 2005).

Weiss, yalnızlığın, kişinin ihtiyaç duyduğu sosyal ilişkilerin olmaması veya değişik sosyal ilişkileri bulunmasına rağmen, bu ilişkilerde yakınlığın, içtenliğin ve

duygusallığın bulunmamasına gösterilen bir tepki olabileceğini ileri sürmüştür (Kılınç ve Sevim 2005).

Peplau ve Perlman'a göre ise yalnızlık kişinin varolan sosyal ilişkisi ile arzuladığı sosyal ilişkisi arasındaki farklılık sonucunda oluşan, hoş olmayan psikolojik durum olarak tanımlamaktadır (Demir 1989; Akgün 2001; Kılınç ve Sevim 2005).

Hoş olmayan bir durum olarak yalnızlık, her yaştan insanın hissedebileceği, insanı baskılayabilen, zayıflatan ve kişinin tüm hayatını etkileyebilen bir duygudur. Kişinin dünyada kendini tek başına hissetmesine, yaşamının amaçsız ve yararsız olduğunu düşünmesine, boşluk ve terkedilmişlik duygularını yaşamasına neden olabilir(Akgün 2001).

Rook'a göre yalnızlık, kişinin kendini diğerleri tarafından reddedilmiş, yanlış anlaşılmış, istediği aktiviteleri yapacak uygun sosyal partneri bulamadığını hissettiğinde sürekli artan bir emosyonel duygudur (Akgün 2001).

2.5.6. İnfertilite ve Yalnızlık

İnfertil çiftlerin çoğunluğu yalnızlık hisseder ve bu yüzden sorunla baş etmeleri daha zordur. İnsanların çoğunun kendilerini anlamadığı hissine kapılırlar ve bu nedenle karmaşık duygular yaşayabilirler. Kendi kendini telkin, uyuma gibi izolasyon savunma düzenekleri kullanabilirler. İzolasyon, kişilerde kendine güvenin azalmasına, yetersizlik duygusunun artmasına ve dolayısı ile aile dinamiğinin bozulmasına sebeb olmaktadır (Kavlak 1999; Yenilmez 2003).

Yapılan çalışmalarda infertilite durumunda çiftlerin izolasyon, yalnızlık gibi tepkiler gösterdikleri ve bu tepkilerin kadınların erkeklere oranla daha fazla gösterdikleri bildirilmiştir (Hirsch 1995; Jirka ve ark.1996; Bae ve ark.1999; Lee ve Sun 2000; Lee ve ark.2001; Chou ve Chi 2004; Carreno ve ark. 2007). Gösterilen tepkiler kültürel, etik ve dini sebeplere bağlı olarak farklılık göstermektedir (Lee ve Sun 2000).

İnfertil çiftlerde yalnızlık üzerine yapılan bir çalışmada kadınların eşlerine oranla daha fazla yalnız oldukları bildirilmiştir. Yalnızlık, kişinin sosyal statüsü, kişilerarası ilişkileri, aile, arkadaş ve çevresiyle olan ilişkilerindeki zayıflığa sebep olmakta ayrıca kişinin eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, aile ve çevresinden aldığı destek kişinin yalnızlık duygusunu etkilemektedir (Jirka ve ark.1996; Bae ve ark. 1999; Sevil ve ark. 2006).

Kavlak'ın infertil kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, infertil kadınların yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca infertil kadınların yaşadıkları yalnızlık düzeyini, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvence durumlarını, gelir durumları, infertilite süresi, sosyal destek durumlarının etkilediği bildirilmiştir (Kavlak 1999).

2.6. İnfertilitede Tedavi

İnfertilitenin tedavisi, kronik hastalık, yetersiz hormon üretimi, endometriozis ya da mevcut enfeksiyon gibi altta yatan nedenin düzeltilmesi esasına dayanır. Eğer bu mümkün değilse ya da kadının yaşı nedeniyle zaman kaybedilmek istenmiyorsa infertilite tedavisi yardımcı üreme teknikleri ile gebeliğin başarılmasına odaklanır. İnfertilite tedavisi saptanan nedene yönelik olmalıdır (Akyüz 2003).

2.6.1. Kadın İnfertilitesinin Tedavisi

2.6.1.1. Ovulasyon Bozuklukları

Ovulasyon bozuklukları genellikle kalıcı olmayıp ovulasyonun siklustan siklusa çeşitlilik göstermesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Amenore ve oligomenore ovulasyonun olmadığının ya da seyrek olduğunun kesin göstergesidir (Urman 1997).

Anovulatuvar bozukluklarda hormon tedavisi gereklidir. Clomifen citrat (CC), ovulasyonu stimüle etmek için kullanılan ilaçtır. Kadında ovarian foliküler büyüme varsa human menoposal gonodotropinlerle (HMG) tedavi uygulanır. Bunu takibende ovulasyon için human corionik gonodotropinler (HCG) kullanılmaktadır. Eğer kadında prolaktin seviyesi yüksekse bromocriptine (parlodel) bu seviyeyi azaltmak ve gonodotropinleri arttırmak için kullanılmaktadır. CC ve HMG kullanımında çoğul gebelik, ovariyen hipersitümülasyon sendromu (OHSS) gibi istenmeyen sonuçlar oluşabilir. Siklusun düzenli monitörizasyonu, düşük doz CC veya HCG kullanımı ile OHSS ve çoğul gebelik riski azaltılmaktadır (Urman 1997; Akyüz 2003; Celiloğlu ve Göl 2006).

Kadında luteal faz defektine bağlı problem varsa, tedavide basal vucut ısısının yükselmesinden üç gün sonra başlanan ve eğer gebelik oluşmussa sonraki altı hafta ya da kanama başlayıncaya kadar devam eden progesteron vajinal suppesituvar kullanılmaktadır (Akyüz 2003).

2.6.1.2. Cerrahi Tedavi

Myom (fibroid tümör) infertilitenin pek yaygın olmayan nedenlerindendir. Eğer myom varsa miyomektomi yapılması gerekmektedir. Eğer myom küçükse myomektomi histereskopi ile yapılabilir (Akyüz 2003).

Septum gibi anormal uterus problemlerinde cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Bu defektler infertiliteyle değil, genellikle erken gebelik kayıplarıyla ilişkilidir. Uterin adezyonlar histereskopi ile açılabilir (Akyüz 2003).

Pelvisin enflamatuvar hastalıklarına bağlı ortaya çıkan pelvik yapışıklıklarda mikrocerrahi yöntemi kullanılmaktadır. Ancak tüplerin çok ince olan mukoza ve siliaların bozulduktan sonra tekrar yapılması mümkün olmadığı için, tubal sorunlarda başarının düşük olduğu bilinmektedir (Taşkın 2003).

Ayrıca tıbbi tedavi ile tedavi edilmeyen endometriozis durumlarında cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalar endometriozise bağlı infertilite vakalarında cerrahi tedavinin, medikal tedaviye göre daha etkin olduğunu göstermiştir (Celiloğlu ve Göl 2006).

2.6.2. Erkek İnfertitesinin Tedavisi

2.6.2.1. Medikal Tedavi

Sperm sayı, hareketlilik veya yapısının bozulması infertiliteye yol açabilmektedir. Clomifen citrat yetersiz sperm miktarını arttırmada başarılı olabilir. Testesteron ve HCG enjeksiyonu da kullanılabilir. Eğer spermatozoa mevcut fakat toplam miktarı az ise erkeğe koitustan ve çoklu ejekülasyondan 7-10 gün kaçınması önerilebilir. Varikoselin düzeltilmesi ve geniş kıyafetler şeçilmesi, uzun süre oturmaktan kaçınması, uzun sıcak banyo yapmaması gibi yaşam tarzı üzerine önerilen değişiklikler ile sperm miktarında artış sağlanabilir (Akyüz 2003).

2.6.3. Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT), balangıçta sadece tubal faktör hastalıklarında uygulama alanı bulmuş ise de, kısa sürede tedavilerin yetersiz kaldığı tüm infertilite nedenleri için uygulanır hale gelmiştir (Dikencik 2001). YÜT, oositlerin overden ponksiyonla alınmasını bir aşama olarak içeren tüm tekniklerdir.

Bu teknikler;

- IUI (Intrauterin Inseminasyon)
- IVF (In Vitro Fertilizasyon)
- GIFT (Gamet Intra Fallopian Transfer)
- ZIFT (Zigot Intra Fallobian Transfer)
- TET (Tubal Embrio Transfer)
- POST (Peritoneal Oosit ve Sperm Transfer)

Ayrıca çoğunlukla sperm elde etmek ya da fertilizasyon için kullanılan teknikler vardır. Bunlar;

- Assisted Hatching (Zona Delinmesi)
- MESA (Mikrocerrahi ile Epididimal Sperm Aspirasyonu)
- TESA (Testiküler Sperm Aspirsyonu)
- SUZİ (Subzonal Sperm Injeksiyon)
- ICSI (Intrasitoplazmik Sperm Injeksiyonu)
- PZD (Parsiyel Zona Direksiyonu) (Dikencik 2001; Akyüz 2003; Taşkın 2003; Günal ve Yücel 2006).

2.6.3.1. Intra Uterin Inseminasyon (IUI)

IUI, kadın ve erkeğe bağlı çeşitli durumlardan kaynaklanan infertilite tedavisinde ilk tedavi seçeneği olarak başvurulan bir yöntemdir. Diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında çok daha düşük maliyete sahip etkili bir yöntemdir (Alıcı ve ark 2000; Kılıç ve ark. 2005).

İnseminasyon, oosite yakın bir yere, bir kanül aracılığı ile laboratuvar ortamında ayrılmış kaliteli spermin bırakılmasıdır. Spermler serviks içine (intra servikal inseminasyon-ICI) veya doğrudan uterus içine (intra uterin inseminasyon-IUI) verilebilir. Ayrıca ıntraperitoneal ve intratubal inseminasyon yöntemleri de söz konusudur. Ancak en yaygın ve etkin olarak IUI uygulanmaktadır (Dikencik 2001; Akyüz 2003; Günalp ve Yücel 2006).

Bu yöntemin özelliği; konsantre, motil spermlerin, spermatozoidlere zararlı olan asit ortamın ve sperma reflüsünün ortadan kaldırılması ile fertilizasyonun doğal yeri yakınına yerleştirilmesi esasına dayanır. Bu işlem bir hastada en fazla dört kez

uygulanmakta ve başarı şansı ilk sikluslarda daha fazla olmaktadır (Dikencik 2001; Günal ve Yücel 2006).

2.6.3.2. In Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Trasnferi (IVF-ET)

IVF, oosit ve spermin, in vitro ortamda, insan vücudu dışında bir araya getirilmesi, fertilizasyonun sağlanması ve bunu izleyerek gelişen embriyoların uterusa yerleştirilmesi işlemidir (Akyüz 2003; Günal ve Yücel 2006). Bugün üremeye yardımcı teknikler arasında en iyi bilinen ve en sık uygulanan tekniktir. Başlangıçta sadece tubal faktörlere bağlı infertilitesi olan çiftlerde uygulanan bu teknik artık daha geniş bir infertil çift grubu için kullanılabilmektedir (Dikencik 2001). Endikasyonlar tubal ve peritoneal faktör, endometriozis, erkek faktörü, immunolojik, açıklanamayan infertilite olarak sıralanabilir (Dikencik 2001; Günal ve Yücel 2006).

2.6.3.3. Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT)

GIFT, sperm ve onumun tubanın ampullasına yerleştirilerek burada fertilizasyon oluşması esasına dayanmaktadır. GIFT'in IVF'den farklı fertilizasyonun in vivo olmasıdır. Bu şekilde döllenme doğal ortamda gerçekleşmekte ve in vitro şartların olumsuz etkilerinden korunmaktadır. GIFT genellikle normal fallop tüplerine sahip, açıklanmayan infertilitesi olan çiftlerde uygulanır. GIFT için en az bir normal fallop tüpüne ihtiyaç vardır (Dikencik 2001).

2.6.3.4. Zigot Intra Fallopian Trasfer (ZIFT)

Yardımla üreme teknikleri içinde yer alan Gamet Intra Fallopian Transfer (GIFT) oldukça yaygın olarak kullanılmakla beraber bu yöntemin yetersiz kaldığı bazı infertilite vakalarında fertilizasyonun gösterilmesi önem kazanmaktadır. Bunlar arasında başarısız GIFT uygulamalarında transferden artan oositlerin döllenmediği durumlar, erkek ve kadında antisperm antikor mevcudiyeti ve ağır erkek infertilitesi gibi fertilizasyonun azaldığı durumlar ve izah edilemeyen infertilite vakaları sayılabilir. Bu amaçla geliştirilen ZIFT yönteminin tek dezavantajı hastanın iki kademeli bir operasyon geçirmek zorunda oluşudur. 1986 yılında ilk defa insanda gerçekleştirilen ZIFT, IVF ve GIFT'in bir kombinasyonudur (Demircan ve ark 1992; Dikencik 2001).

2.6.3.5. Intrasitoplazmik Sperm Injeksiyonu (ICSI)

Günümüzde yaygın olarak kullanılan ICSI uygulaması ilk kez Lazendorf ve arkadaşlarınca (1988) gerçekleştirilmiş, ilk insan gebeliği ise Palermo ve arkadaşlarınca 1992'de bildirilmiştir. ICSI yöntemi spermin direkt olarak stoplazma içine yerleştirilmesi esasına dayanır. Endikasyonlar geçirilmiş başarısız IVF öyküsü, antisperm antikor, ejekülatuvar disfonksiyonlar, bileteral vaz deferenslerin yokluğu, bileteral ejekulatuvar ductus obstrüksiyonu olarak sıralanabilir (Akın 2001; Günalp ve Yücel 2006).

2.7. İnfertil Çiftin Hemşirelik Bakımı

İnfertilite tanı ve tedavisinde görülen ilerlemeler sonucunda bu konuda uzman hemşirelere olan ihtiyacı arttırmıştır. Bu gelişmeler hemşirenin bakım verici rolü dışında, eğitim, psikolojik destek ve danışman, koordinatör ve hasta hakları savunuculuğu rollerini de ön plana çıkarmıştır. Çiftlerin yaşadıkları emosyonel tepkilerin ve deneyimlerin belirlenmesi konusunda hemşirelere hasta destekleyici ve danışman olarak önemli görevler düşmektedir (Oskay ve Beji 2001).

Hemşireler, çiftlerin infertilite tanı ve tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak daha sağlıklı geçirmesinde en önemli rolü oynayacak sağlık personeli konumundadır. Çünkü bu süreç boyunca çiftlerle en fazla birlikte olan, destekleyen, bilgi veren, gelişimlerden haberdar eden sağlık personeli hemşirelerdir (Beji 2001).

Hemşire, çiftlerin infertilite sebebini, hangi yaşam evresinde olduklarını ve emosyonel durumlarının kişisel değerlendirmesini yaptıktan sonra infertilite tedavisi sırasında uygun bakım sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır. Hastanın değerlendirilmesi ile başlayıp, bakım planının değerlendirilmesiyle sonlanan hemşirelik bakımı, eğitim gerektirmektedir (Oskay ve Beji 2001).

Emosyonel bir kriz olarak infertilite, çocuk sahibi olmamayla ilişkili üzüntü, öfke, izolasyon, yalnızlık duygularıyla karakterize bir durumdur. Hemşireler, öncelikle infertil çiftlerin yalnızlık duygusunu deneyimlediklerini kabul etmeli ve yalnızlık durumuda ellerinde var olan sosyal destek sistemlerini belirlemelidir. Çiftlerde emosyonel olarak bazı farklılıklar yaşandığı, kadınların erkeklere göre daha hassas oldukları unutulmamalıdır. Birçok infertilite hastasında duygusal dalgalanmalar görülebilir. Hemşire, stresle baş etme, duygu ifadesi, kaygı ve kayıp konularında hastayı

gözlemlemelidir. Danışman ve yönlendirici rolü ile hemşireler çiftlerin ihtiyaç duydukları zamanda başvurabilecekleri destek sistemleri konusunda onları bilgilendirmelidir. Hemşireler çiftleri aile ve arkadaşları ile paylaşabilecekleri, infertilite konusunda eksik ve yanlış bilgilerini gidermelidir (Coşkun ve Karanisoğlu 1992; Jirka ve ark.1996; Demirci 2001; Oskay ve Beji 2001; Atıcı 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, infertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla, tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi'nde örneklem grubu özelliklerine uyan kadın ve erkekler arasında Aralık 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan izin alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; çalışmanın yürütüldüğü Aralık 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi'ne başvuran ve katılma koşullarını karşılayan tüm bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; Aralık 2008 -Haziran 2008 tarihleri arasında birime başvuran, katılma koşullarını karşılayan ve olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 130 infertil birey oluşturmuştur.

Örnekleme alınacak birey sayısını hesaplamak için olayın görülüş sıklığı yöntemi kullanılmıştır (Karataş 2002). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) sonuçlarına göre infertilite insidansı %9.4 olarak saptanmıştır (TNSA 2003).
Evreni bilinmeyen örneklem büyüklüğü formülü;

$$n = \frac{t^2pq}{d^2} = 130$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı(olasılığı)

q: İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma olarak simgelenmiştir.

Araştırma süresince 165 birey ile görüşülmüştür. Bu kişilerden 25'i çalışmaya katılmak istemediğini belirtmiş, 10'u anketi cevaplamaktan vazgeçmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Katılma Kriterleri

Araştırmaya Katılma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olma
- Tedavinin halen sonuçlanmamış olması
- Evli olma

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Türkçe konuşamıyor olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme

3.4. Veri Toplama

Araştırmada verilerin toplanmasında; gerekli literatür incelemesi yapılarak araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu ve yalnızlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla UCLA-LS (University of California, Los Angeles - Loneliness Scale) kullanılmıştır.

3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

3.4.1.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu

İnfertilite tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eşin yaşı, eğitim durumu, aile biçimi, meslek, çalışıp çalışmadığı, sosyal güvencesi, gelir durumu, evlilik sayısı, kaç yıllık evli olduğu gibi), obstetrik ve jinekolojik öyküsü (ilk adet yaşı, menstrusayon düzeni, gebelik, doğum, düşük, kürtaj, ölü doğum sayısı gibi), infertilite ve genel sağlık öyküsüne ilişkin (kaç yıldır çocuk sahibi olmak istediği, kaç yıldır tedavi gördüğü, kliniğe kiminle geldiği, hangi tedavi yöntemini kullandığı, infertilite nedeninin kimden kaynaklandığı, çocuğun olmamasını nasıl etkilediği, neden çocuk istediği gibi), verileri toplamak için "Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanılmıştır.

3.4.1.2. UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği

Russell, Peplau ve Ferguson (1978), yaygın ve ciddi bir problem olan yalnızlığı ölçebilecek ölçeğin gerekliliğini düşünüp UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Bu ölçek Russell, Peplau ve Cutrona (1980) tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve ölçeğin maddelerinin yarısı olumlu, yarısı olumsuz yönde olacak şekilde tekrar düzenlenmiştir (Demir 1989; Jirka ve ark.1996; Kavlak 1996; Akgün 2001; Sevil ve ark.2006).

Ölçekte 10 ifade sosyal ilişkilerden olumlu duygu ve düşünceleri gösteren pozitif ifadeleri,10 ifade sosyal ilişkilerden memnuniyetsizliği gösteren negatif ifadeleri içermektedir. Bireylerin bu durumu ne sıklıkla yaşadıkları dörtlü (Likert tip) ölçek üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Duygu ve düşüncelerin her biri "Hiç yaşamam","Nadiren yaşarım","Bazen yaşarım", "Sık sık yaşarım" olarak değerlendirilmektedir.

20 değişkenin puanlaması aşağıdaki gibidir.

1,4,5,6,9,10,15,16,19,20. olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddeler için 4=Hiç yaşamam,3=Nadiren yaşarım,2= Bazen yaşarım,1=Sık sık yaşarım şeklinde,

2,3,7,8,11,12,13,14,17,18. olumsuz yöndeki ifadeleri içeren maddeler için ise 1=Hiç yaşamam,2=Nadiren yaşarım,3=Bazen yaşarım,4=Sık sık yaşarım şeklinde puanlandırılmıştır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 80'dir. Puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmakta ve kişinin yalnızlığı daha yoğun yaşadığı düşünülmektedir (Demir 1989; Jirka ve ark.1996; Kavlak 1996).

UCLA-LS yalnızlık ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliliği Demir (1989) tarafından, yalnızlıktan yakınan ve nörotik depresif tanısı almış 36 kişi ile 36 normal denek üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliliğine ilişkin bulgular, ölçeğin içtutarlık katsayısının yeterli (0.96) düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin tekrar test katsayısı(0.94) diğer çalışmalarda elde edilen katsayılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre UCLA-LS yalnızlık ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliliği yeterli düzeyde olduğu ve amaca hizmet edebileceği bildirilmiştir (Demir 1989).

Yapılan çalışmalarda UCLA-LS yalnızlık ölçeğinin farklı şekillerde değerlendirildiği gözlenmiştir. Bazı çalışmalarda yalnızlık puan ortalaması kullanılmıştır (Demir 1989; Kavlak 1996; Bae ve ark.1999).

Jirka ve arkadaşları infertil çiftlerde yalnızlık skorunu değerlendirmek için Perry'nin kategorilemesini kullanmıştır. Buna göre 65-80 puan arası çok yüksek, 50-64 puan arası yüksek, 35-49 arası orta, 20-34 puan arası düşük yalnızlık düzeyi olarak değerlendirilmiştir (Jirka ve ark. 1996; Kavlak 1996).

Sevil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine aynı puanlama sistemi ile bireylerin yalnızlık düzeyleri belirlenmiştir. Ayrıca yalnızlık puan ortalaması da kullanılmıştır (Sevil ve ark.2006).

Akgün, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin algıladıkları yalnızlık düzeyini belirlemek için bireylerin aldıkları toplam puanlara göre 20-34 puan alan kişileri 'düşük' derecede, 35-48 puan alanları 'orta' derecede, 49 ve üstünde puan alanları 'yüksek' derecede yalnız olarak değerlendirmiştir (Akgün 2001).

3.4.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı kurumdan çalışma için gerekli etik kurul izni alındıktan sonra, Aralık 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında, hafta içi (pazartesi günleri) mesai saatleri içinde anket yöntemi ile veriler toplanmıştır.

Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklanmıştır.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Slience) 11,5 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularının analizinde olguların tanıtıcı özellikleri ile kadın ve erkek infertil olgular arasındaki farkın belirlenmesinde χ^2=Chi-Square (Ki-Kare) kullanılmıştır.

Ölçülebilir verilerimiz ortalama ($\overline{X}$), standart sapma (SS) ile birlikte verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, normal dağılıma uyan, iki

gruplu verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t) kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ve parametrik varsayımları sağlamayan 3 ve üzerindeki gruplarda Kruskal-Wallis varyans analizi, ikili gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Varyans analizi sonucu anlamlı bulunan grupların ikili karşılaştırılmalarında post-hoc Tukey testi kullanılmıştır (Akgül 1997; Büyüköztürk 2007).

4. BULGULAR

İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla planlanlanan çalışmada elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunulmuş, bulgular üç bölüm halinde ele alınmıştır.

Birinci bölümde; infertil bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren bilgiler tablolanmıştır.

İkinci bölümde; infertil bireylerin UCLA-LS yalnızlık ölçeğine verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular incelenmiştir.

Üçüncü bölümde; infertil bireylerin yalnızlık düzeyini etkileyen faktörler incelenmiş ve tablolar halinde sunulmuştur.

4.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular, obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımları, infertilite ve genel sağlık öyküsü ile ilgili bulgular verilmiştir.

4.1.1. İnfertil Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde olguların yaş grupları, eğitim durumları, aile biçimleri, çalışma yaşamları, gelir durumları, sosyal güvenceleri, meslekleri, tedavi masraflarını karşılama şekilleri, evlilik sayısı, süresi ve evlenme yaşına ilişkin özellikler tablolanmıştır.

Tablo 4-1: Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Grupları	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
35 yaş ↓	63	71,6	23	54,8	86	66,2	χ^2=3,59 p=0,058
35 yaş ve ↑	25	28,4	19	45,2	44	33,8	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

İnfertil bireylerin yaş grublarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-1); kadınların %71,6'sı 35 yaş altı, %28,4'ünün 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ise %54,8'i 35 yaş altı, %45,2'si 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan infertil bireylerin yaş ortalaması ise; 33,04±4,52 olarak saptanmıştır.

İnfertil kadınlarla infertil erkekler yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=3,59, p=0,058).

Tablo 4-2: Olguların Eşlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Grupları	Kadın Eşi		Erkek Eşi		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
35 yaş ↓	39	44,3	30	71,4	69	53,1	**χ^2=8,39 p=0,004**
35 yaş ve ↑	49	55,7	12	28,6	61	46,9	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

İnfertil bireylerin eşlerinin yaşları incelendiğinde (Tablo 4-2); kadınların eşlerinin %44,3'ü 35 yaş altı, %55,7'sinin 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Erkeklerin eşlerinin ise %71,4'ü 35 yaş altı, %28,6'sının 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan infertil bireylerin eşlerinin yaş ortalaması ise; 34,19±5,77 olarak saptanmıştır.

İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin eşlerinin yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=8,39, p=0,004).

Tablo 4-3: Olguların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Okur-yazar değil/Okur yazar/İlkokul/Ortaokul	50	56,8	16	38,1	66	50,8	**χ^2=4,71 p=0,09**
Lise Mezunu	17	19,3	9	21,4	26	20,0	
Yüksek Öğretim	21	23,9	17	40,5	38	29,2	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2 =Chi-Square (Ki-Kare)

Çalışmaya katılan infertil kadınların eğitim düzeyi incelendiğinde (Tablo 4-3); %56,8'inin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %19,3'ünün lise mezunu, %23,9'unun ise yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan infertil erkeklerin eğitim düzeyi incelendiğinde (Tablo 4-3); %38,1'inin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %21,4'ünün lise mezunu, %40,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır.

İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin eğitim durumları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.(χ^2=4,71, p=0,09).

Tablo 4-4: Olguların Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Kadın Eşi		Erkek Eşi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil/Okur yazar/İlkokul/Ortaokul	37	42,0	21	50,0	58	44,6
Lise Mezunu	24	27,3	10	23,8	34	26,2
Yüksek Öğretim	27	30,7	11	26,2	38	29,2
Toplam	88	100	42	100	130	100

Çalışmaya katılan infertil kadınların eğitim düzeyi incelendiğinde (Tablo 4-4); %42'sinin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %27,3'ünün lise mezunu, %30,7'sinin ise yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan infertil erkeklerin eğitim düzeyi incelendiğinde (Tablo 4-4); %50'sinin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %23,8'inin lise mezunu, %26,2'sinin ise yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-5: Olguların Aile Biçimlerine Göre Dağılımları

Aile Biçimi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çekirdek Aile	69	78,4	33	78,6	102	78,5
Geniş Aile	19	21,6	9	21,4	28	21,5
Toplam	88	100	42	100	130	100

İnfertil bireylerin aile biçimine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-5); kadınların % 78,4'ü çekirdek aileye sahipken, %21,6'sının geniş aileye sahip oldukları, erkeklerin ise %78,6'sının çekirdek aile, % 21,4'ünün ise geniş aileye sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4-6: Olguların Çalışma Yaşamları, Gelir Durumları ve Sosyal Güvenceye Göre Dağılımları

Çalışma Durumu	**Kadın (n=88)**		**Erkek (n=42)**		**Toplam(N=130)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Çalışıyor	33	37,5	37	88,1	70	53,8	**χ^2=29,28 p=0,00**
Çalışmıyor	55	62,5	5	11,9	60	46,2	
Gelir Durumu	**Kadın (n=88)**		**Erkek (n=42)**		**Toplam(N=130)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Gelir giderden az	28	31,8	11	26,2	39	30,0	**χ^2=3,03 p=0,2**
Gelir gidere denk	51	58,0	22	52,4	73	56,2	
Gelir giderden fazla	9	10,2	9	21,4	18	13,8	
Sosyal Güvence*	**Kadın (n=86)**		**Erkek (n=41)**		**Toplam(N=127)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
SSK	54	62,8	27	65,9	81	63,8	**χ^2=0,91 p=0,6**
Bağkur	11	12,8	3	7,3	14	11,0	
Emekli Sandığı	21	24,4	11	26,8	32	25,2	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

*Sosyal güvencesi olan infertil bireyler

Çalışmaya katılan infertil bireylerin çalışma yaşamları değerlendirildiğinde (Tablo 4-6); kadınların %37,5'inin çalıştığı, %62,5'inin çalışmadığı, erkeklerin ise %88,1'inin çalıştığı, %11,9'unun ise çalışmadığı saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çalışma yaşamları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=29,28, p=0,00).

İnfertil bireylerin gelir durumlarına bakıldığında (Tablo 4-6); % 30'unun gelirinin giderinden az olduğu, % 56,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %13,8'inin

ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkekler gelir durumları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=3,03, p=0,2).

İnfertil bireyler sosyal güvenceleri açısından incelendiğinde (Tablo 4-6); % 97,7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olduğu, % 2,3'ünün ise sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan infertil bireylerin %63,8'inin SSK, %11'inin Bağkur, % 25,2'sinin ise Emekli Sandığı'na bağlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-6). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin sosyal güvence kurumları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,91, p=0,6).

Tablo 4-7: Olguların Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Ev Hanımı		Memur		Kalifiye İşci		Kalifiye Olmayan İşci		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	53	60,9	5	5,7	27	31	2	2,3	87	100
Erkek	-	-	3	7,5	33	82,5	4	10	40	100
Toplam	53	41,7	8	6,3	60	47,2	6	4,7	127	100

Araştırmaya katılan infertil bireylerin %41,7'si ev hanımı, %6,3'ü memur, %47,2'si kalifiye işci, %4,7'si kalifiye olmayan işci olarak saptanmıştır (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Olguların Eşlerinin Mesleklere Göre Dağılımları

Meslek	Ev Hanımı		Memur		Kalifiye İşci		Kalifiye Olmayan İşci		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın Eşi	-	-	10	11,8	60	70,6	15	17,6	85	100
Erkek Eşi	21	50	2	4,8	19	45,2	-	-	42	100
Toplam	21	16,5	12	9,4	79	62,2	15	11,8	127	100

Araştırmaya katılan infertil bireylerin eşlerinin meslekleri değerlendirildiğinde (Tablo 4-8); %16,5'i ev hanımı, %9,4'ü memur, %62,2'si kalifiye işçi, %11,8'i kalifiye olmayan işçi olarak saptanmıştır.

Tablo 4-9: Olguların Tedavi Masraflarını Karşılama Şekillerine Göre Dağılımları

Tedavi Masrafları	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kendi	13	14,8	2	4,8	15	11,5	χ^2=3,61
Sosyal güvence	23	26,1	10	23,8	33	25,4	p=0,1
Her ikisi	52	59,1	30	71,4	82	63,1	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

Araştırma kapsamında yer alan infertil bireylerin % 25,4'ünün tedavi masraflarını sosyal güvencelerinin karşıladığı, %11,5'ının kendileri karşıladığı, %63,1'inin ise bir kısmını kendileri, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 4-9).

İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin tedavi masraflarını karşılama şekillerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=3,61, p=0,1).

Tablo 4-10: Olguların Evlilik Sayısı, Evlilik Süresi ve Evlenme Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Evlilik Sayısı	Kadın (n=88)		Erkek (n=42)		Toplam(N=130)		
	n	%	n	%	n	%	
İlk	83	94,3	40	95,2	123	94,6	χ^2=0,47 p=0,8
İki ve üstü	5	5,7	2	4,8	7	5,4	
Evlilik Sayısı	**Kadın Eşi(n=88)**		**Erkek Eşi(n=42)**		**Toplam (N=130)**		
	n	%	n	%	n	%	
İlk	81	92,0	41	97,6	122	93,8	χ^2=1,5 p=0,2
İki ve üstü	7	8,0	1	2,4	8	6,2	
Evlilik Süresi	**Kadın (n=88)**		**Erkek (n=42)**		**Toplam (N=130)**		
	n	%	n	%	n	%	
1-5 yıl	30	34,1	13	31,7	43	33,3	χ^2=1,39 p=0,7
6-10 yıl	33	37,5	17	41,5	50	38,8	
11-15 yıl	16	18,2	9	22,0	25	19,4	
16 ve üzeri	9	10,2	2	4,9	11	8,5	
Evlenme Yaşı	**Kadın (n=88)**		**Erkek (n=42)**		**Toplam (N=130)**		
	n	%	n	%	n	%	
18 ve altı	15	17,0	-	-	15	11,5	χ^2=8,6 p=0,003
19-25	45	51,1	18	42,9	63	48,5	
26-32	22	25,0	21	50,0	43	33,1	
33-39	6	6,8	3	7,1	9	6,9	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

İnfertil bireylerin evlilik sayılarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-10); kadınların %94,3'ü bir, %5,7'sinin ise iki veya daha fazla evlilik yaptığı, erkeklerin ise %95,2'sinin bir ,%4,8'inin ise iki veya daha fazla evlilik yaptığı saptanmıştır.

İnfertil bireylerin evlilik sürelerine bakıldığında (Tablo 4-10); kadınların %34,1'inin 1-5 yıl, %37,5'inin 6-10 yıl, %18,2'sinin 11-15 yıl, %10,2'sinin ise 16 yıl ve üzerinde evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %31,7'sinin 1-5 yıl, %41,5'inin 6-10 yıl, %22'sinin 11-15 yıl, %4,9'unun 16 yıl ve üzerinde evli

olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin evlilik sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=1,39, p=0,7).

İnfertil bireylerin evlenme yaş gruplarına bakıldığında (Tablo 4-10); infertil kadınların %51,1 oranla en fazla 19-25 yaş grubu arasında, infertil erkeklerin ise, %50,0 oranla en fazla 26-32 yaş grubu arasında evlendiği saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin evlenme yaş grupları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=8,6, p=0,003).

4.1.2. İnfertil Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde infertil kadınların menarş yaşı, menstrual siklus düzeni, menstrual düzensizlikte tedavi durumu, menstrual rahatzıslıklar, gebelik öyküsü, düşük, kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı, jinekolojik rahatsızlık öyküsüne ilişkin özellikler tablolanmıştır.

Tablo 4-11: İnfertil Kadınların Mestrual Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı

Menarş Yaşı*	**Kadın (N=83)**	
	n	**%**
11-12	28	33,7
13-14	43	51,8
15 yaş ve üzeri	12	14,5
Menstrual Siklus Düzeni	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Düzensiz	20	23,0
Düzenli	67	77,0
Düzensizlikte Tedavi Durumu**	**Kadın(N=20)**	
	n	**%**
Evet	12	60
Hayır	8	40
Menstrual Rahatsızlıklar	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Normal	45	51,7
Ağrı	39	44,8
Fazla Kanama	2	2,3
Mide Bulantısı	1	1,1

*Menarş yaşını hatırlayanlar

** Menstrual siklusu düzensiz olan infertil kadınlar

İnfertil kadınların % 51,8'inin ilk menarş yaşı 13-14 yaş grupları arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4-11). Araştırmaya katılan infertil kadınların menarş yaş

ortalaması 13±1,303 olarak belirlenmiştir. Menstrual siklusu düzenli olanların oranı % 77, düzensiz olanların oranı ise % 23 olarak saptanmıştır (Tablo 4-11). Menstrual siklusu düzensiz olanlardan 12 kişi tedavi oldukları, 8 kişi ise tedavi olmadığı belirtmiştir (Tablo 4-11). İnfertil kadınların % 51,7'sinin mestrual siklusunun normal geçtiği, %44,8'inin ağrılı, % 2,3'ünün ise fazla kanama yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: İnfertil Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımları

Gebelik Öyküsü	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Evet	25	28,7
Hayır	62	71,3
Düşük / Kürtaj Öyküsü	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Evet	20	23,0
Hayır	67	77,0
Ölü Doğum Öyküsü	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Evet	2	2,3
Hayır	85	97,7
Yaşayan Çocuk	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Var	4	4,6
Yok	83	95,4
Ciddi Jinekolojik Rahtasızlık Öyküsü	**Kadın (N=87)**	
	n	**%**
Var	17	19,5
Yok	70	80,5

Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,7'sinin gebelik öyküsü olduğu, %23'ünün düşük/kürtaj öyküsü olduğu, %4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu (sekonder infertilite) ve %19,5'inin daha önce ciddi jinekolojik rahatsızlık öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4-12).

4.1.3. İnfertil Bireylerin İnfertilite ve Genel Sağlık Öyküsü İle İlişkili Bulgular

Bu bölümde infertil bireylerin çocuk isteme süresi, infertilite polikliniğine devam süreleri, tedavi olma süreleri, infertilite polikliniğine birlikte geldiği kişilere göre dağılımları, tedavi ile ilgili bilgi düzeyleri, uygulanan tedavi yöntemleri, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri, infertilite nedenine göre dağılımları, çocuk sahibi olmamanın birey ve aileyi etkileme durumları, çocuk isteme nedenleri, eş ve aileden destek alma durumları, psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları, infertilitenin cinsel yaşamı etkileme durumları tablolandırılmıştır.

Tablo 4-13: Olguların Çocuk İsteme Sürelerine Göre Dağılımları

Çocuk İsteme Süresi	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
1-3 yıl	28	31,8	12	28,6	40	30,8	χ^2=0,17 p=0,9
4-6 yıl	16	18,2	8	19,0	24	18,5	
7-9 yıl	17	19,3	8	19,0	25	19,2	
10 yıl ve ↑	27	30,7	14	33,3	41	31,5	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

Araştırmaya katılan infertil kadınların % 31,8'inin 1-3 yıl, %18,2'sinin 4-6 yıl, %19,3'ünün 7-9 yıl, %30,7'sinin ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki infertil erkeklerin ise %28,6'sının 1-3 yıl, %19'unun 4-6 yıl, %19'unun 7-9 yıl, %33,3'ünün ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4-13). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çocuk isteme sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,17, p=0,9). Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama çocuk isteme süresi 7,23±4,89 yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 4-14: Olguların İnfertilite Polikliniğine Devam Sürelerine Göre Dağılımları

İnfertilite Polikliniğine Devam Süresi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlk kez	4	4,6	1	2,4	5	3,9
1 yıl ↓	13	14,9	6	14,3	19	14,7
1-3 yıl	47	54,0	24	57,1	71	55,0
4-6 yıl	9	10,3	2	4,8	11	8,5
7-9 yıl	4	4,6	3	7,1	7	5,4
10 yıl ve ↑	10	11,5	6	14,3	16	12,4
Toplam	87	100	42	100	129	100

Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama infertilite polikliniğine devam süreleri 3,62±3,86 yıl olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan infertil bireylerin %55'i 1-3 yıldır infertilite polikliniğine devam ettikleri saptanmıştır (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Olguların Tedavi Olma Sürelerine Göre Dağılımları

Tedavi Süresi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İlk kez başlayan	4	4,6	2	4,8	6	4,7
1 yıl ↓	4	4,6	2	4,8	6	4,7
1-3 yıl	42	48,3	21	50,0	63	48,8
4-6 yıl	18	20,7	5	11,9	23	17,8
7-9 yıl	8	9,2	5	11,9	13	10,1
10 yıl ve ↑	11	12,6	7	16,7	18	14,0
Toplam	87	100	42	100	129	100

Araştırmaya katılan infertil bireylerin %48,8'inin 1-3 yıldır tedavi oldukları saptanmıştır (Tablo 4-15). Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama tedavi olma süreleri 4,27±3,874 yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 4-16: Olguların İnfertilite Polikliniğine Birlikte Geldiği Kişilere Göre Dağılımları

Birlikte Geldiği Kişi	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kendim	25	28,4	-	-	25	9,2	χ^2=10,89 p=0,001
Anne/Eşin annesi	5	5,7	-	-	5	3,8	
Eşim ile birlikte	50	56,8	42	100	92	70,8	
Arkadaş /Akraba	8	9,1	-	-	8	6,2	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,4'ünün infertilite polikliniğine yalnız geldikleri, %56,8'inin ise eşleri ile birlikte geldikleri saptanmıştır (Tablo 4-16). Araştırmaya katılan infertil erkeklerin tamamının infertilite polikliniğine eşleri ile birlikte geldikleri saptanmıştır (Tablo 4-16). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilite polikliniğine birlikte geldikleri kişilere göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,89, p=0,001).

Tablo 4-17: Olguların Tedavi İle İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımları

Tedavi İle İlgili Bilgi	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	50	56,8	21	51,2	71	55	χ^2=0,42 p=0,8
Yok	12	13,6	7	17,1	19	14,7	
Yetersiz	26	29,5	13	31,7	39	30,2	
Toplam	88	100	41	100	129	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

Araştırmaya katılan infertil kadınların %56,8'i, infertil erkeklerin ise %55'i uygulanan tedaviler hakkında bilgileri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-17). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin tedaviler hakkındaki bilgi düzeylerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,42, p=0,8).

Tablo 4-18: Olguların Uygulanan Tedavi Yöntemine Göre Dağılımları

Tedavi Yöntemi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tüp Bebek	68	77,3	29	72,5	97	75,8
Aşılama	13	14,8	7	17,5	20	15,6
İlaç Tedavisi	7	8,0	4	10,0	11	8,6
Toplam	88	100	40	100	128	100

İnfertil bireylerin %75,8'inin tüp bebek, %15,6'sının aşılama, %8,6'sının ise ilaç tedavisi gördükleri saptanmıştır (Tablo 4-18).

Tablo 4-19: Olguların Daha Önce Denedikleri Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımları

Tedavi Yöntemi*	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tüp Bebek	4	10,0	1	5,9	5	8,8
Aşılama	31	77,5	13	76,5	44	77,2
İlaç Tedavisi	5	12,5	3	17,6	8	14,0
Toplam	40	100	17	100	57	100

*Daha önce tedavi olanlar

Araştırmaya katılan bireylerin %64'ü daha önce başka bir tedavi yöntemi kullandıklarını ifade etmiştir. İnfertil bireylerin %77,2'si daha önce aşılama yöntemini kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo 4-19)

Tablo 4-20: Olguların İnfertilite Nedenine Göre Dağılımları

İnfertilite Nedeni	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kendim	26	29,5	20	47,6	46	35,4	χ^2=4,15
Eşim	34	38,6	11	26,2	45	34,6	p=0,24
Her ikimizden	8	9,1	3	7,1	11	8,5	
Nedeni belli değil	20	22,7	8	19,0	28	21,5	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

Araştırmaya katılan infertil kadınların %29,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %38,6'sının eşlerinden kaynaklandığını, %22,7'sinin ise nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4-20). İnfertil erkeklerin ise %47,6'sının infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %26,2'sinin eşlerinden kaynaklandığını, %19'unun ise nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4-20). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilite nedenlerine göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=4,15, p=0,24). Araştırmaya katılan bireylerin infertilite nedenlerinin en fazla erkek nedenlere bağlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: İnfertil Bireylerde Çocuk Sahibi Olamamanın Birey ve Ailesini Etkileme Durumlarına Göre Dağılımları

Çocuk Sahibi Olmamanın Birey ve Aileyi Etkileme Durumu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Hiçbir şey değişmedi	30	34,1	23	54,8	53	40,8	χ^2=5,03
Olumsuz etkilendi**	58	65,9	19	45,2	77	59,2	p=0.02
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

**Çok üzülüyorum, mutsuzum, sürekli ağlıyorum, boşanmaktan korkuyorum

Araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite tanısı sonrasında %34,1'i hayatlarında hiçbirşey değişmediğini, %65,9'u ise olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4-21). İnfertil erkeklerin ise %54,8'i hiçbirşey değişmediğini,

%45,2'si ise olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4-21). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çocuk sahibi olmamanın birey ve aileyi etkileme durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. (χ^2=5,03, p=0,02).

Tablo 4-22: Olguların Çocuk İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları

Çocuk İsteme Nedenleri	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Analık/babalık duygusunu tatmak için	76	86,4	39	92,9	115	88,5
Diğer nedenler*	12	13,6	3	7,9	15	11,5
Toplam	88	100	42	100	130	100

*Evliliği sürdürmek için, soyun devamı için, ekonomik güvence olduğu için, miras bırakmak için vb.

İnfertil bireylerin çocuk isteme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-22); %88,5 oranla annelik/babalık duygusunu tatmak için olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-23: Olguların Eş ve Aileden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Eşten Destek	Kadın (n=88)		Erkek (n=42)		Toplam (N=130)	
	n	%	n	%	n	%
Var	86	97,7	42	100	128	98,5
Yok	2	2,3	-	-	2	1,5
Aileden Destek	**Kadın**		**Erkek**		**Toplam**	
	n	%	n	%	n	%
Var	70	79,5	37	88,1	107	82,3
Yok	18	20,5	5	11,9	23	17,7

İnfertil bireylerin eşten destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-23); kadınların %97,7'sinin eşlerinden destek aldıkları, araştırmaya katılan erkeklerin ise %100'ünün eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır.

İnfertil bireylerin aileden destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-23); kadınların %79,5'inin aileden destek aldıkları, erkeklerin ise %88,1'inin ailelerinden destek aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4-24: Olguların Psikolojik Desteğe İhtiyac Duyma Durumlarına Göre Dağılımları

Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Var	31	35,2	6	14,3	37	28,5	χ^2=5,03 p=0.02
Yok	57	64,8	36	85,7	93	71,5	
Toplam	88	100	42	100	130	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

İnfertil bireylerin psikolojik desteğe ihtiyacı olup olmama durumuna göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-24); kadınların %35,2'sinin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu, %64,8'inin ise psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan infertil erkeklerin ise %14,3'ünün psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu, %85,7'sinin ise psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığı saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin psikolojik desteğe ihtiyacı olup olmama durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,03, p=0,02).

Tablo 4-25: İnfertilitenin Cinsel Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Dağılımları

Cinsel Yaşamı Etkileme Durumu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Etkiledi	20	23,0	7	16,7	27	20,9	χ^2=0,684 p=0,4
Etkilemedi	67	77,0	35	83,3	102	79,1	
Toplam	87	100	47	100	129	100	

χ^2=Chi-Square (Ki-Kare)

İnfertilitenin cinsel yaşamı etkileyip etkilememe durumuna göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-25); kadınların %23'ünün cinsel yaşantısını etkilediği, %77'sinin etkilenmediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin ise ; %16,7'sinin etkilendiği, %83,3'ünün ise etkilenmediği saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilitenin cinsel yaşamın etkileme durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,684, p=0,4)

4.2. UCLA -LS Yalnızlık Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde infertil bireylerin UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımları verilmiştir.

İnfertil kadınların UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 4-26); olumlu ifadelerden enfazla %64,8 ile "Konuşabileceğim insanlar var" , %62,5 ile "Derdimi anlatabileceğim insanlar var", %56,8 ile "Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum", "Kendimi yakın hissettiğim insanlar var", "İstediğim zaman arkadaş bulabilirm" ifadelerini belirttikleri ve en fazla oranla olumlu ifadeleri seçtikleri saptanmıştır. Olumsuz ifadelerden en fazla %11,4 ile "Başvurabileceğim hiç kimsem yok" ve "İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor" ifadelerini belirttikleri saptanmıştır.

İnfertil erkeklerin UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 4-26); olumlu ifadelerden en fazla %83,3 ile "Konuşabileceğim insanlar var" , %71,4 ile "Derdimi anlatabileceğim insanlar var", %64,3 ile "Kendimi yakın hissettiğim insanlar var" ve %61,9 ile "Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum" ifadelerini belirttikleri saptanmıştır. Olumsuz ifadelerden en fazla %9,5 ile "Artık hiç kimseyle samimi değilim" ifadesini belirttikleri saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine infertil kadınlarla infertil erkeklerin verdiği yanıtlar karşılatırıldığında; "Dışa dönük bir insanım" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,615, p=0,014). "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,273, p=0,022). "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=13,813, p=0,003). "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=7,289, p=0,007). "Konuşabileceğim insanlar var" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,15, p=0,023).

Tablo 4-26: Olguların UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

		HİÇ				NADİREN				BAZEN				SIKSIK				χ^2	P
		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	5	5,7	1	2,4	6	6,8	2	4,8	27	30,7	4	9,5	50	56,8	35	41,2	1,939	0,164
2	Arkadaşım yok	49	55,7	31	73,8	17	19,3	5	11,9	13	14,8	4	9,5	9	10,2	2	4,8	4,2	0,241
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	51	58	28	66,7	6	6,8	5	11,9	21	23,9	6	14,3	10	11,4	3	7,1	3,053	0,384
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	17	19,3	13	31	17	19,3	10	23,8	23	26,1	4	9,5	31	35,2	15	35,7	5,723	0,126
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	11	12,5	3	7,1	10	11,4	7	16,7	25	28,4	6	14,3	42	47,7	26	61,9	5,07	0,167
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	9	10,2	2	4,8	17	19,3	5	11,9	26	29,5	15	35,7	36	40,9	20	47,6	2,723	0,436
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	43	48,9	27	64,3	25	28,4	8	19	16	18,2	3	7,1	4	4,5	4	9,5	6,013	0,11
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	31	35,2	19	45,2	24	27,3	12	28,6	23	26,1	5	11,9	10	11,4	6	14,3	3,629	0,304
9	Dışa dönük bir insanım	19	21,6	3	7,1	16	18,2	2	4,8	24	27,3	15	35,7	29	33	22	52,4	10,615	**0,014**
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	5	5,7	-	-	13	14,8	6	6,1	20	22,7	9	21,4	50	56,8	27	64,3	1,393	0,238
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	50	56,8	30	71,4	15	17	7	16,7	17	19,3	4	9,5	6	6,8	1	2,4	4,02	0,259
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	31	35,2	15	35,7	18	20,5	10	23,8	33	37,5	14	33,3	6	6,8	3	7,1	0,291	0,962
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	33	37,5	16	38,1	19	21,6	14	33,3	29	33	11	26,2	7	8	1	2,4	1,041	0,308
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	47	53,4	31	73,8	16	18,2	6	14,3	20	22,7	4	9,5	5	5,7	1	2,4	5,273	**0,022**
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	3	3,4	4	9,5	12	13,6	3	7,1	13	26,1	10	23,8	50	56,8	25	59,5	0,033	0,856
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	5	5,7	1	2,4	11	12,5	2	4,8	24	27,3	15	35,7	48	54,5	24	57,1	1,144	0,285
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	30	34,1	26	61,9	19	21,6	10	23,8	30	34,1	4	9,5	9	10,2	2	4,8	13,813	**0,003**
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	32	36,4	22	52,4	17	19,3	12	28,6	32	36,4	8	19	7	8	-	-	7,289	**0,007**
19	Konuşabileceğim insanlar var	9	10,2	1	2,4	6	6,8	1	2,4	16	18,2	5	11,9	57	64,8	35	83,3	5,155	**0,023**
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	9	10,2	-	-	7	8	3	7,1	17	19,3	9	21,4	55	62,5	30	71,4	3,154	0,076

4.3. İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu bölümde infertil bireylerin UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinin puan ortalamarının cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumu, soyal güvence durumu, gelir durumu, evlilik süresi, çocuk isteme süresi, tedavi süresi, infertilitenin kaynaklanma nedeni, infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumu, çocuk isteme nedeni, eş ve aileden destek durumları, cinsel yaşantıyı etkileme durumları ve psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının cinsiye göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-27); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum" (t=2,358, p=0,020), "Dışa dönük bir insanım" (t= 3,091, p=0,002), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (t=2,336, p=0,021), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (t=3,449 p=0,001), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (t=2,769, p=0,006), "Konuşabileceğim insanlar var" (t=2,308, p=0,023) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

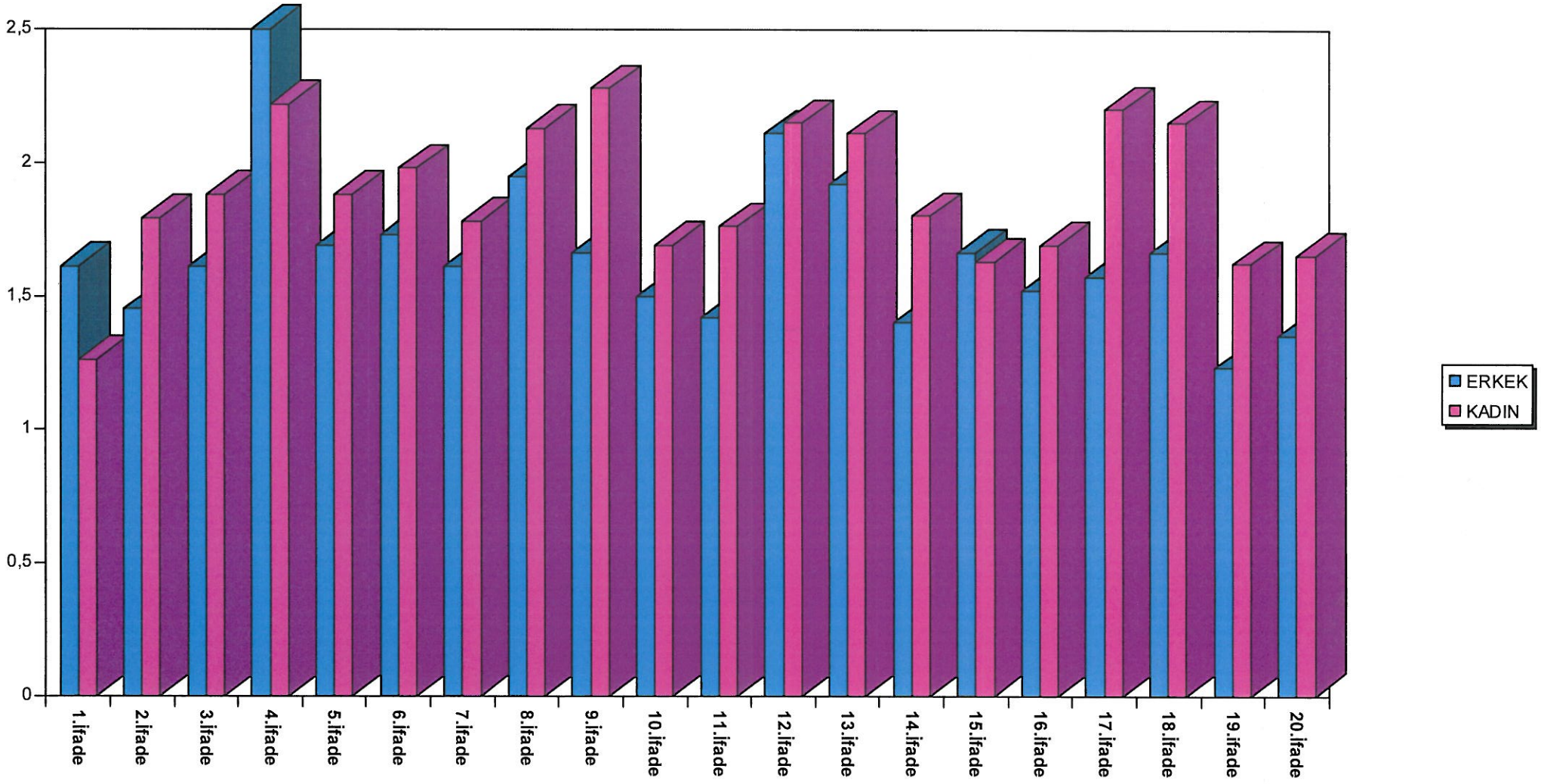
UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde cinsiyete göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-27); kadınların toplam yalnızlık puan ortalamaları 38,11±10,51, erkeklerin toplam yalnızlık puan ortalamaları 32,90±8,20 olarak saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (t=2,824, p=0,006).

Tablo 4-27: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

	CİNSİYET		$\overline{X} \pm$ SS	t	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Kadın	1,61±0,85	2,358	**0,020**
		Erkek	1,26±0,66		
2	Arkadaşım yok	Kadın	1,79±1,04	1,853	0,066
		Erkek	1,45±0,86		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Kadın	1,88±1,12	1,313	0,191
		Erkek	1,61±0,98		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Kadın	2,22±1,131	-1,233	0,220
		Erkek	2,50±1,27		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Kadın	1,88±1,04	1,014	0,313
		Erkek	1,69±0,99		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Kadın	1,98±1,01	1,385	0,169
		Erkek	1,73±0,85		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Kadın	1,78±0,90	0,946	0,346
		Erkek	1,61±0,98		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Kadın	2,13±1,03	0,937	0,350
		Erkek	1,95±1,08		
9	Dışa dönük bir insanım	Kadın	2,28±1,14	3,091	**0,002**
		Erkek	1,66±0,87		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Kadın	1,69±0,92	1,182	0,239
		Erkek	1,50±0,74		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Kadın	1,76±0,99	1,912	0,058
		Erkek	1,42±0,76		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Kadın	2,15±0,99	0,215	0,830
		Erkek	2,11±0,99		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Kadın	2,11±1,01	1,021	0,309
		Erkek	1,92±0,86		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Kadın	1,80±0,98	2,336	**0,021**
		Erkek	1,40±0,76		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Kadın	1,63±0,84	-1,81	0,856
		Erkek	1,66±0,97		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Kadın	1,69±0,90	1,070	0,287
		Erkek	1,52±0,70		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Kadın	2,20±1,03	3,449	**0,001**
		Erkek	1,57±0,85		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Kadın	2,15±1,01	2,769	**0,006**
		Erkek	1,66±0,78		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Kadın	1,62±0,99	2,308	**0,023**
		Erkek	1,23±0,61		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Kadın	1,65±1,00	1,791	0,076
		Erkek	1,35±0,61		
TOPLAM		Kadın	**38,11±10,51**	2,824	**0,006**
		Erkek	**32,90±8,20**		

t : Student t testi

Şekil 1: UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğindeki İfadelerin Puan Ortalamaları



Tablo 4-28: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

		Yaş Grupları	$\overline{X} \pm$ SS	t	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	35 yaş ↓	1,60±0,91	2,088	**0,039**
		35 yaş ve ↑	1,29±0,50		
2	Arkadaşım yok	35 yaş ↓	1,52±0,82	-2,641	**0,009**
		35 yaş ve ↑	2,00±1,21		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	35 yaş ↓	1,61±0,97	-2,759	**0,007**
		35 yaş ve ↑	2,15±1,21		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	35 yaş ↓	2,34±1,20	0,450	0,654
		35 yaş ve ↑	2,25±1,14		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	35 yaş ↓	1,77±1,01	-0,679	0,498
		35 yaş ve ↑	1,90±1,07		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	35 yaş ↓	1,90±0,96	-0,012	0,991
		35 yaş ve ↑	1,90±0,98		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	35 yaş ↓	1,72±0,84	-0,168	0,867
		35 yaş ve ↑	1,75±1,08		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	35 yaş ↓	1,91±0,97	-2,459	**0,015**
		35 yaş ve ↑	2,38±1,12		
9	Dışa dönük bir insanım	35 yaş ↓	2,05±1,07	-0,382	0,703
		35 yaş ve ↑	2,13±1,15		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	35 yaş ↓	1,63±0,85	0,159	0,874
		35 yaş ve ↑	1,61±0,92		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	35 yaş ↓	1,59±0,91	-1,034	0,303
		35 yaş ve ↑	1,77±0,98		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	35 yaş ↓	2,15±0,93	0,080	0,936
		35 yaş ve ↑	2,13±1,09		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	35 yaş ↓	2,04±0,95	-0,120	0,904
		35 yaş ve ↑	2,06±0,99		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	35 yaş ↓	1,66±0,91	-0,240	0,810
		35 yaş ve ↑	1,70±0,97		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	35 yaş ↓	1,61±0,85	-535	0,594
		35 yaş ve ↑	1,70±0,95		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	35 yaş ↓	1,60±0,87	-0,637	0,525
		35 yaş ve ↑	1,70±0,79		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	35 yaş ↓	1,97±1,05	-0,362	0,718
		35 yaş ve ↑	2,04±0,96		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	35 yaş ↓	1,97±0,96	-0,380	0,705
		35 yaş ve ↑	2,04±0,98		
19	Konuşabileceğim insanlar var	35 yaş ↓	1,47±0,94	-0,407	0,685
		35 yaş ve ↑	1,54±0,84		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	35 yaş ↓	1,55±0,91	-0,060	0,953
		35 yaş ve ↑	1,56±0,89		
TOPLAM		35 yaş ↓	**35,77±9,99**	-1,029	0,305
		35 yaş ve ↑	**37,70±10,30**		

t : Student t testi

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-28); UCLA–LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum" (t=2,088, p=0,039), "Arkadaşım yok" (t=-2,641, p=0,009), "Başvurabileceğim hiç kimsem yok" (t=-2,759, p=0,007), "İlgilerim ve fikirlerim çevrendekilerce anlaşılmıyor" (t=-2,459, p=0,015) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların yaş gruplarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-28); 35 yaş altı olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,77±9,99, 35 yaş ve üzeri olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,70±10,30 olarak saptanmıştır. 35 yaş altı ve 35 yaş ve üzeri olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-1,029, p=0,305).

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-29); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Arkadaşım yok" (p=0,005), "Başvurabileceğim hiç kimsem yok" (p=0,004), "Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum" (p=0,016), "Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var" (p=0,042), "Dışa dönük bir insanım" (p=0,000), "Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir" (p=0,010), ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların eğitim durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-29); ilköğretim* grubundaki olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,29, lise mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,34±10,02, üniversite mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,15±8,46 olarak saptanmıştır. İlköğretim*, lise ve üniversite mezunu olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,004). Farklılığın ilköğretim* grubuyla üniversite mezunu olgular arasında olduğu saptanmıştır.

*Okurazar-okur-yazar olmayan-ilkokul-ortaokul

Tablo 4-29: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

		Eğitim Durumu	$\overline{X} \pm$ SS	KW	P
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	İlköğretim*	1,59±0,82	8,142	0,017
		Lise	1,69±1,01		
		Üniversite	1,21±0,52		
2	Arkadaşım yok	İlköğretim*	1,95±1,087	10,473	**0,005**
		Lise	1,38±0,75		
		Üniversite	1,42±0,85		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	İlköğretim*	2,10±1,17	10,898	**0,004**
		Lise	1,65±1,05		
		Üniversite	1,36±0,75		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	İlköğretim*	2,18±1,14	3,599	0,165
		Lise	2,69±1,08		
		Üniversite	2,28±1,27		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	İlköğretim*	2,01±1,14	8,230	**0,016**
		Lise	1,92±0,97		
		Üniversite	1,42±0,72		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	İlköğretim*	2,12±1,01	6,341	**0,042**
		Lise	1,73±0,82		
		Üniversite	1,65±0,87		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	İlköğretim*	1,81±0,95	1,791	0,408
		Lise	1,69±0,83		
		Üniversite	1,60±0,94		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	İlköğretim*	2,16±1,07	0,957	0,620
		Lise	2,03±1,11		
		Üniversite	1,94±0,95		
9	Dışa dönük bir insanım	İlköğretim*	2,45±1,16	16,561	**0,000**
		Lise	1,96±1,03		
		Üniversite	1,52±0,72		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	İlköğretim*	1,71±0,90	2,358	0,308
		Lise	1,69±0,92		
		Üniversite	1,44±0,76		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	İlköğretim*	1,83±1,01	4,835	0,089
		Lise	1,50±0,86		
		Üniversite	1,44±0,79		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	İlköğretim*	2,39±0,92	9,246	**0,010**
		Lise	2,00±0,93		
		Üniversite	1,81±1,03		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	İlköğretim*	2,06±0,99	0,762	0,683
		Lise	2,19±1,05		
		Üniversite	1,94±0,86		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	İlköğretim*	1,71±0,90	0,509	0,775
		Lise	1,69±1,04		
		Üniversite	1,60±0,91		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	İlköğretim*	1,65±0,88	1,083	0,582
		Lise	1,76±0,95		
		Üniversite	1,55±0,86		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	İlköğretim*	1,75±0,87	3,549	0,170
		Lise	1,57±0,85		
		Üniversite	1,47±0,76		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	İlköğretim*	2,19±1,02	5,511	0,064
		Lise	1,88±1,07		
		Üniversite	1,73±0,92		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	İlköğretim*	2,15±0,96	3,499	0,174
		Lise	1,84±1,04		
		Üniversite	1,84±0,91		
19	Konuşabileceğim insanlar var	İlköğretim*	1,51±0,10	2,190	0,335
		Lise	1,61±1,06		
		Üniversite	1,39±0,91		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	İlköğretim*	1,53±0,88	2,477	0,290
		Lise	1,80±1,05		
		Üniversite	1,44±0,82		
TOPLAM		İlköğretim*	**38,92±10,29**	11,183	**0,004**
		Lise	**36,34±10,02**		
		Üniversite	**32,15±8,46**		

KW: Kruskal-Wallis Warvans Analizi *Okurvazar-okurvazar olmavan-ilkokul-ortaokul

Tablo 4-30: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Çalışma Durumuna Göre Dağılımları

	Çalışma Durumu		$\overline{X} \pm$ SS	t	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Çalışıyor	1,37±0,76	-1,978	0,050
		Çalışmıyor	1,65±0,84		
2	Arkadaşım yok	Çalışıyor	1,50±0,88	-2,320	**0,022**
		Çalışmıyor	1,90±1,08		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Çalışıyor	1,62±0,98	-1,961	0,052
		Çalışmıyor	2,00±1,17		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Çalışıyor	2,50±1,22	1,945	0,054
		Çalışmıyor	2,10±1,10		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Çalışıyor	1,72±0,97	-1,131	0,260
		Çalışmıyor	1,93±1,08		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Çalışıyor	1,80±0,89	-1,375	0,172
		Çalışmıyor	2,03±1,04		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Çalışıyor	1,61±0,92	-1,551	0,123
		Çalışmıyor	1,86±0,92		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Çalışıyor	2,00±0,99	-0,905	0,367
		Çalışmıyor	2,16±1,10		
9	Dışa dönük bir insanım	Çalışıyor	1,82±1,00	-2,951	**0,004**
		Çalışmıyor	2,38±1,13		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Çalışıyor	1,57±0,84	-0,836	0,405
		Çalışmıyor	1,70±0,90		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Çalışıyor	1,50±0,82	-2,045	**0,043**
		Çalışmıyor	1,83±1,02		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Çalışıyor	2,01±0,95	-1,653	0,101
		Çalışmıyor	2,30±1,01		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Çalışıyor	2,00±0,93	-0,684	0,495
		Çalışmıyor	2,11±1,00		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Çalışıyor	1,45±0,75	-2,987	**0,003**
		Çalışmıyor	1,93±1,05		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Çalışıyor	1,61±0,92	-0,441	0,660
		Çalışmıyor	1,68±0,85		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Çalışıyor	1,61±0,78	-0,351	0,726
		Çalışmıyor	1,66±0,91		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Çalışıyor	1,72±0,93	-3,412	**0,001**
		Çalışmıyor	2,31±1,03		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Çalışıyor	1,75±0,87	-3,182	**0,002**
		Çalışmıyor	2,28±1,00		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Çalışıyor	1,47±0,92	-0,386	0,700
		Çalışmıyor	1,53±0,89		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Çalışıyor	1,55±0,89	0,059	0,953
		Çalışmıyor	1,56±0,92		
TOPLAM		Çalışıyor	**34,25±8,69**	-2,715	**0,008**
		Çalışmıyor	**38,96±11,06**		

t : Student t testi

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-30); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Arkadaşım yok" (p=0,022), "Dışa dönük bir insanım" (p=0,004), "Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum" (p=0,043), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (p=0,003), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (p=0,001), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (p=0,002), ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çalışma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-30); çalışan olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,25±8,69, çalışmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,96±11,06, olarak saptanmıştır. Çalışan ve çalışmayan olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,008).

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-31); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Arkadaşım yok" (p=0,047), ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların gelir durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-31); gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,64±11,37, gelirlerin giderlerine denk olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,91±9,51, gelirlerin giderlerinden fazla olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,72±8,99 olarak saptanmıştır. Gelirlerinin giderlerinden az, gelirlerinin giderlerine denk, gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,278).

Tablo 4-31: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

	GELİR DURUMLARI		$\overline{X} \pm$ SS	KW	P
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Gelir giderden az	1,53±0,88	0,744	0,689
		Gelir gidere denk	1,49±0,74		
		Gelir giderden fazla	1,44±0,92		
2	Arkadaşım yok	Gelir giderden az	1,71±1,12	6,105	**0,047**
		Gelir gidere denk	1,79±0,99		
		Gelir giderden fazla	1,16±0,38		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Gelir giderden az	2,02±1,15	4,631	0,099
		Gelir gidere denk	1,79±1,10		
		Gelir giderden fazla	1,33±0,68		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Gelir giderden az	2,05±1,16	3,060	0,217
		Gelir gidere denk	2,45±1,15		
		Gelir giderden fazla	2,33±1,28		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Gelir giderden az	2,05±1,14	3,373	0,185
		Gelir gidere denk	1,65±0,90		
		Gelir giderden fazla	2,00±1,18		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Gelir giderden az	2,00±1,14	0,281	0,869
		Gelir gidere denk	1,84±0,89		
		Gelir giderden fazla	1,94±0,87		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Gelir giderden az	1,87±1,00	1,173	0,556
		Gelir gidere denk	1,67±0,86		
		Gelir giderden fazla	1,66±1,02		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Gelir giderden az	2,17±1,04	1,476	0,478
		Gelir gidere denk	1,98±1,04		
		Gelir giderden fazla	2,22±1,06		
9	Dışa dönük bir insanım	Gelir giderden az	2,30±1,21	4,831	0,089
		Gelir gidere denk	2,08±1,05		
		Gelir giderden fazla	1,61±0,91		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Gelir giderden az	1,56±0,85	2,39	0,303
		Gelir gidere denk	1,72±0,91		
		Gelir giderden fazla	1,38±0,69		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Gelir giderden az	1,92±1,15	4,632	0,990
		Gelir gidere denk	1,58±0,79		
		Gelir giderden fazla	1,33±0,84		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Gelir giderden az	2,33±1,00	2,433	0,296
		Gelir gidere denk	2,04±0,99		
		Gelir giderden fazla	2,16±0,92		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Gelir giderden az	2,17±1,04	0,809	0,667
		Gelir gidere denk	1,98±0,95		
		Gelir giderden fazla	2,05±0,87		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Gelir giderden az	1,76±1,06	2,912	0,233
		Gelir gidere denk	1,71±0,90		
		Gelir giderden fazla	1,33±0,68		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Gelir giderden az	1,56±0,75	0,089	0,957
		Gelir gidere denk	1,65±0,90		
		Gelir giderden fazla	1,77±1,11		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Gelir giderden az	1,64±0,81	0,161	0,923
		Gelir gidere denk	1,64±0,90		
		Gelir giderden fazla	1,61±0,69		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Gelir giderden az	2,23±1,11	3,200	0,202
		Gelir gidere denk	1,94±0,97		
		Gelir giderden fazla	1,72±0,95		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Gelir giderden az	2,30±1,05	5,466	0,065
		Gelir gidere denk	1,90±0,93		
		Gelir giderden fazla	1,72±0,82		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Gelir giderden az	1,71±0,99	5,470	0,065
		Gelir gidere denk	1,43±0,88		
		Gelir giderden fazla	1,27±0,75		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Gelir giderden az	1,66±0,98	0,947	0,623
		Gelir gidere denk	1,49±0,86		
		Gelir giderden fazla	1,61±0,91		
TOPLAM		Gelir giderden az	**38,64±11,37**	2,560	0,278
		Gelir gidere denk	**35,91±9,51**		
		Gelir giderden fazla	**33,72±8,99**		

KW: Kruskal-Wallis Waryans Analizi

Tablo 4-32: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Evlilik Süresine Göre Dağılımları

Evlilik Süresi	$\overline{X} \pm SS$	KW	P
1-5 yıl	33,13 ± 8,77	10,023	**0,018**
6-10 yıl	36,18 ±9,53		
11-15 yıl	38,92±10,45		
16 yıl ve üzeri	43,54±12,16		

KW: Kruskal-Wallis Waryans Analizi

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların evlilik sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-32); 1-5 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,13±8,77, 6-10 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,18±9,53, 11-15 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,45, 16 yıl ve üzeri evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 43,54±12,16 olarak saptanmıştır. 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11,15 yıl ve 16 yıl ve üzeri evli olan olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,018). Farklılığın 1-5 yıl arası evli olanlarla 16 yıl ve üzeri evli olanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-33: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Çocuk İsteme Sürelerine Göre Dağılımları

Çocuk İsteme Süresi	$\overline{X} \pm SS$	KW	P
1-3 yıl	30,97± 7,98	20,398	**0,000**
4-6 yıl	36,79±7,93		
7-9 yıl	37,04±7,77		
10 yıl ve ↑	41,17±11,88		

KW: Kruskal-Wallis Waryans Analizi

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çocuk isteme sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-33); 1-3 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,97±7,98, 4-6 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,79±7,93, 7-9 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,04±7,77, 10 yıl ve üzeri çocuk olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 41,17±11,88 olarak saptanmıştır. 1-3 yıl, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10yıl ve üzeri çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000). Farklılığın 1-3 yıl arası çocuk isteyenlerle 10 yıl ve üzeri çocuk isteyenler arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-34: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamarının, Tedavi Sürelerine Göre Dağılımları

Tedavi Süresi	$\bar{X} \pm SS$	KW	P
Yeni Başlayan	32,66±10,81		
1 yıl ve ↓	30,16±10,28		
1-3 yıl	35,76±9,82	5,147	0,273
4-6 yıl	36,73±5,99		
10 yıl ve üzeri	38,93±12,12		

KW: Kruskal-Wallis Waryans Analizi

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların tedavi sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-34); tedaviye yeni başlayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,66±10,81, 1 yıl ve daha az süre tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,16±10,28, 1-3 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,76±9,82, 4-6 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 36,73±5,99, 10 yıl ve üzeritedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,93±12,12 olarak saptanmıştır. Tedaviye yeni başlayan, 1 yıl v3 daha az süre tedavi olan, 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10yıl ve üzeri tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,273).

Tablo 4-35: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, İnfertilitenin Kimden Kaynaklı Olduğuna Göre Dağılımları

İnfertilite Nedeni	$\bar{X} \pm SS$	KW	P
Kendi	36,26±9,77		
Eşi	35,44±8,94	1,626	0,654
Her İkisi	39,54±9,72		
Nedeni Belli Değil	37,07±12,51		

KW: Kruskal-Wallis Waryans Analizi

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin kimden kaynaklı olduğuna göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-34); infertilite nedeninin kendinden kanaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,26±9,77, infertilite nedeninin eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,44±8,94, infertilite nedeninin hem kendinden hem de eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,54±9,72, infertilite nedeni belli olmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 37,07±12,51, olarak saptanmıştır. İnfertilitenin kimden kaynaklı olduğuna göre dağılımları incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,654).

Tablo 4-36: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Çocuğun Olmamasının Birey ve Aileyi Etkileme Durumlarına Göre Dağılımları

	Birey ve Aileyi Etkileme Durumu		$\overline{X} \pm SS$	t	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Hiçbir şey değişmedi	1,37±0,71	-1,439	0,152
		Olumsuz etkilendi*	1,58±0,86		
2	Arkadaşım yok	Hiçbir şey değişmedi	1,47±0,82	-2,046	**0,043**
		Olumsuz etkilendi*	1,83±1,08		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Hiçbir şey değişmedi	1,54±0,95	-2,231	**0,027**
		Olumsuz etkilendi*	1,97±1,14		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Hiçbir şey değişmedi	2,39±1,24	0,646	0,520
		Olumsuz etkilendi*	2,25±1,14		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Hiçbir şey değişmedi	1,71±1,02	-0,974	0,332
		Olumsuz etkilendi*	1,89±1,03		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Hiçbir şey değişmedi	1,81±0,96	-0,941	0,348
		Olumsuz etkilendi*	1,97±0,97		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Hiçbir şey değişmedi	1,52±0,86	-2,086	**0,039**
		Olumsuz etkilendi*	1,87±0,95		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Hiçbir şey değişmedi	1,92±1,01	-1,383	0,169
		Olumsuz etkilendi*	2,18±1,06		
9	Dışa dönük bir insanım	Hiçbir şey değişmedi	2,03±1,15	-0,402	0,688
		Olumsuz etkilendi*	2,11±1,06		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Hiçbir şey değişmedi	1,49±0,79	-1,527	0,129
		Olumsuz etkilendi*	1,72±0,91		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Hiçbir şey değişmedi	1,39±0,74	-2,659	**0,009**
		Olumsuz etkilendi*	1,83±1,01		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Hiçbir şey değişmedi	2,05±0,96	-0,855	0,394
		Olumsuz etkilendi*	2,20±1,00		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Hiçbir şey değişmedi	1,77±0,89	-2,814	**0,006**
		Olumsuz etkilendi*	2,24±0,97		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Hiçbir şey değişmedi	1,32±0,61	-3,791	**0,000**
		Olumsuz etkilendi*	1,92±1,03		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Hiçbir şey değişmedi	1,64±0,87	-0,049	0,961
		Olumsuz etkilendi*	1,64±0,89		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Hiçbir şey değişmedi	1,52±0,74	-1,236	0,219
		Olumsuz etkilendi*	1,71±0,90		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Hiçbir şey değişmedi	1,56±0,86	-4,291	**0,000**
		Olumsuz etkilendi*	2,29±1,01		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Hiçbir şey değişmedi	1,66±0,85	-3,439	**0,001**
		Olumsuz etkilendi*	2,23±0,98		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Hiçbir şey değişmedi	1,47±0,95	-0,294	0,770
		Olumsuz etkilendi*	1,51±0,88		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Hiçbir şey değişmedi	1,50±0,91	-0,542	0,589
		Olumsuz etkilendi*	1,59±0,90		
TOPLAM		Hiçbir şey değişmedi	**33,22±7,99**	-3,100	**0,002**
		Olumsuz etkilendi*	**38,63±10,82**		

*Çok üzülüyorum, mutsuzum, sürekli ağlıyorum, boşanmaktan korkuyorum vb. t: Student t testi

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-36); UCLA–LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Arkadaşım yok" (p=0,043), "Başvurabileceğim hiç kimsem yok" (p=0,027), "Artık hiç kimseyle samimi değilim" (p=0,039), "Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum" (p=0,009), "Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor" (p=0,006), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (p=0,000), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (p=0,000), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (p=0,001), ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-36); Hiçbirşey değişmedi ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,22±7,99, olumsuz etkiledi* ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,63±10,82, olarak saptanmıştır. İnfertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre olguların toplam yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,002).

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının çocuk isteme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-37); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Dışa dönük bir insanım" (p=0,044), "Kendime yakın hissettiğim insanlar var" (p=0,041), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (p=0,007), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (p=0,027), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (p=0,024), "Konuşabileceğim insanlar var" (p=0,010), "Derdimi anlatabileceğim insanlar var" (p=0,015) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çocuk isteme nedenlerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-37); "Analık-babalık duygusunu tatmak için" ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,56±9,66, "Diğer nedenler** " ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 43,06±11,21, olarak saptanmıştır. Olguların çocuk isteme nedenlerinin yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,009).

* Çok üzülüyorum, mutsuzum, sürekli ağlıyorum, boşanmaktan korkuyorum vb.
**Evliliği sürdürmek, soyun devamı için, ekonomik güvence olduğu için, miras bırakmak için

Tablo 4-37: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamasının, Çocuk İsteme Nedenlerine Göre Dağılımları

	Çocuk İsteme Nedenleri		$\overline{X} \pm$ SS	U	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Analık/babalık duygusu	1,48±0,79	806,0	0,624
		Diğer nedenler*	1,60±0,91		
2	Arkadaşım yok	Analık/babalık duygusu	1,66±0,99	788,5	0,536
		Diğer nedenler*	1,80±1,01		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Analık/babalık duygusu	1,75±1,08	713,0	0,213
		Diğer nedenler*	2,13±1,12		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Analık/babalık duygusu	2,34±1,17	745,0	0,373
		Diğer nedenler*	2,06±1,16		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Analık/babalık duygusu	1,79±1,01	739,5	0,328
		Diğer nedenler*	2,06±1,16		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Analık/babalık duygusu	1,87±0,96	725,0	0,286
		Diğer nedenler*	2,13±0,99		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Analık/babalık duygusu	1,73±0,93	848,0	0,907
		Diğer nedenler*	1,73±0,88		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Analık/babalık duygusu	2,00±1,01	613,5	0,057
		Diğer nedenler*	2,60±1,18		
9	Dışa dönük bir insanım	Analık/babalık duygusu	2,01±1,08	599,0	**0,044**
		Diğer nedenler*	2,60±1,12		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Analık/babalık duygusu	1,56±0,81	615,0	**0,041**
		Diğer nedenler*	2,13±1,12		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Analık/babalık duygusu	1,62±0,92	759,0	0,386
		Diğer nedenler*	1,86±1,06		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Analık/babalık duygusu	2,09±0,98	655,0	0,111
		Diğer nedenler*	2,53±0,99		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Analık/babalık duygusu	1,99±0,94	614,0	0,056
		Diğer nedenler*	2,53±1,06		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Analık/babalık duygusu	1,60±0,89	534,5	**0,007**
		Diğer nedenler*	2,26±1,03		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Analık/babalık duygusu	1,60±0,86	641,0	0,069
		Diğer nedenler*	2,00±1,00		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Analık/babalık duygusu	1,60±0,81	701,0	0,189
		Diğer nedenler*	1,93±1,03		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Analık/babalık duygusu	1,92±0,97	576,5	**0,027**
		Diğer nedenler*	2,60±1,18		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Analık/babalık duygusu	1,92±0,91	571,5	**0,024**
		Diğer nedenler*	2,60±1,18		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Analık/babalık duygusu	1,44±0,88	580,0	**0,010**
		Diğer nedenler*	1,93±1,03		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Analık/babalık duygusu	1,51±0,90	581,5	**0,015**
		Diğer nedenler*	1,93±0,88		
TOPLAM (N=130)		Analık/babalık duygusu	**35,56±9,66**	505,0	**0,009**
		Diğer nedenler*	**43,06±11,21**		

*Evliliği sürdürmek, soyun devamı için, ekonomik güvence olduğu için, miras bırakmak için

U: Mann Whitney U test

Tablo 4-38: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Aileden Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımları

	Aileden Destek Alma		$\overline{X} \pm$ SS	U	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Evet	1,44±0,803	907,0	**0,043**
		Hayır	1,72±0,82		
2	Arkadaşım yok	Evet	1,64±0,99	976,0	0,149
		Hayır	1,90±1,01		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Evet	1,74±1,06	1067,0	0,429
		Hayır	1,95±1,13		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Evet	2,31±1,18	1153,5	0,878
		Hayır	2,27±1,20		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Evet	1,74±1,00	930,5	0,091
		Hayır	2,13±1,12		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Evet	1,83±0,89	990,5	0,213
		Hayır	2,22±1,23		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Evet	1,65±0,85	977,5	0,168
		Hayır	2,04±1,17		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor	Evet	2,00±1,00	1005,5	0,260
		Hayır	2,31±1,17		
9	Dışa dönük bir insanım	Evet	2,02±1,06	1036,0	0,353
		Hayır	2,31±1,24		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Evet	1,57±0,82	1047,0	0,354
		Hayır	1,77±0,97		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Evet	1,58±0,87	1028,5	0,284
		Hayır	1,86±1,08		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Evet	2,12±0,99	1039,0	0,362
		Hayır	2,31±0,94		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Evet	2,00±0,94	1030,0	0,331
		Hayır	2,22±1,02		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Evet	1,57±0,86	825,0	**0,012**
		Hayır	2,09±1,01		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Evet	1,59±0,87	915,0	0,065
		Hayır	1,90±0,92		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Evet	1,58±0.83	971,5	0,150
		Hayır	1,81±0,85		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Evet	1,87±0,97	782,0	**0,009**
		Hayır	2,50±1,01		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Evet	1,89±0,92	855,0	**0,032**
		Hayır	2,40±1,05		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Evet	1,43±0,83	1052,0	0,325
		Hayır	1,68±1,08		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Evet	1,51±0,83	1118,0	0,660
		Hayır	1,68±1,08		
TOPLAM (N=130)		Evet	**35,20±9,56**	764,0	**0,010**
		Hayır	**41,18±9,97**		

U: Mann Whitney U Test

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının aileden destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-38); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum" (p=0,043), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (p=0,012), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (p=0,009), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (p=0,032) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların aileden destek alma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-38); Aileden destek aldığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,20±9,56, Aileden destek almadığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 41,18±9,97, olarak saptanmıştır. Olguların aileden destek alma durumlarının yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,010).

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-39); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Kendimi bir arakadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum" (p=0,010), "Dışa dönük bir insanım" (p=0,035), "Kendime yakın hissettiğim insanlar var" (p=0,002), "Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum" (p=0,024), "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" (p=0,012), "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" (p=0,000), "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" (p=0,001) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-39); psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 40,91±9,77, psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,64±9,71, olarak saptanmıştır. Olguların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarının yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 4-39: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalrının, Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımları

	Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma		$\overline{X} \pm$ SS	t	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Evet	1,67±0,78	1,57	0,119
		Hayır	1,43±0,81		
2	Arkadaşım yok	Evet	1,78±1,00	0,714	0,476
		Hayır	1,64±0,99		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Evet	1,97±1,09	1,144	0,255
		Hayır	1,73±1,08		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Evet	2,18±1,12	-0,767	0,445
		Hayır	2,36±1,20		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Evet	2,18±1,12	2,613	**0,010**
		Hayır	1,67±0,92		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Evet	2,02±1,04	0,886	0,377
		Hayır	1,86±0,93		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Evet	1,78±0,94	0,409	0,683
		Hayır	1,70±0,92		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Evet	2,32±1,02	1,713	0,089
		Hayır	1,97±1,04		
9	Dışa dönük bir insanım	Evet	2,40±1,06	2,126	**0,035**
		Hayır	1,95±1,09		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Evet	2,00±1,02	3,145	**0,002**
		Hayır	1,48±0,76		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Evet	1,94±1,12	2,276	**0,024**
		Hayır	1,53±0,82		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Evet	2,08±0,98	-0,472	0,638
		Hayır	2,17±0,99		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Evet	2,24±1,11	1,414	0,160
		Hayır	1,97±0,89		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Evet	2,00±1,02	2,541	**0,012**
		Hayır	1,54±0,86		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Evet	1,86±1,05	1,786	0,076
		Hayır	1,55±0,86		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Evet	1,86±0,94	1,949	0,054
		Hayır	1,54±0,78		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Evet	2,54±0,98	4,034	**0,000**
		Hayır	1,78±0,95		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Evet	2,43±0,95	3,32	**0,001**
		Hayır	1,82±0,92		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Evet	1,72±1,01	1,835	0,069
		Hayır	1,40±0,85		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Evet	1,86±1,10	2,453	**0,016**
		Hayır	1,44±1,78		
TOPLAM (N=130)		Evet	**40,91±9,77**	3,318	**0,001**
		Hayır	**34,64±9,71**		

t: Student t test

Tablo 4-40: Olguların Yalnızlık Puan Ortalamalarının, Cinsel Yaşantıyı Etkileme Durumuna Göre Dağılımları

	Cinsel Yaşantıyı Etkileme		$\overline{X} \pm$ SS	U	p
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	Evet	1,48±0,75	1345,5	0,827
		Hayır	1,48±0,79		
2	Arkadaşım yok	Evet	2,18±1,11	897,5	**0,001**
		Hayır	1,55±0,92		
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok	Evet	2,25±1,16	1007,5	**0,015**
		Hayır	1,68±1,04		
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum	Evet	2,29±1,10	1367	0,952
		Hayır	2,30±1,20		
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	Evet	2,00±1,17	1257	0,447
		Hayır	1,75±0,96		
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var	Evet	1,85±1,02	1307,5	0,668
		Hayır	1,90±0,93		
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim	Evet	2,00±0,96	1085	0,063
		Hayır	1,66±0,91		
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	Evet	2,07±0,99	1370	0,966
		Hayır	2,08±1,06		
9	Dışa dönük bir insanım	Evet	2,11±1,21	1372,5	0,978
		Hayır	2,05±1,06		
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	Evet	1,70±0,86	1258,5	0,435
		Hayır	1,58±0,84		
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	Evet	2,07±1,20	1047	**0,028**
		Hayır	1,52±0,81		
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	Evet	2,48±0,97	1071	0,062
		Hayır	2,06±0,97		
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	Evet	2,11±1,05	1324,5	0,748
		Hayır	2,01±0,93		
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	Evet	1,92±1,03	1130,5	0,105
		Hayır	1,61±0,90		
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim	Evet	1,70±0,86	1282	0,535
		Hayır	1,62±0,90		
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	Evet	1,74±0,90	1249,5	0,409
		Hayır	1,59±0,82		
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	Evet	2,25±0,98	1108	0,099
		Hayır	1,92±1,02		
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller	Evet	2,29±0,95	1087,5	0,076
		Hayır	1,93±0,96		
19	Konuşabileceğim insanlar var	Evet	1,70±0,99	1155	0,106
		Hayır	1,42±0,84		
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var	Evet	1,70±0,91	1188	0,193
		Hayır	1,50±0,87		
TOPLAM (N=130)		Evet	**39,96±12,04**	1063	0,069
		Hayır	**35,32±9,23**		

U: Mann Whitney U test

Olguların yalnızlık puan ortalamalarının cinsel yaşantıyı etkileme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-40); UCLA –LS Yalnızlık Ölçeğinde yer alan ifadelerden "Arkadaşım yok" (p=0,001), "Başvurabileceğim hiç kimsem yok"(p=0,015), "Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum" (p=0,028) ifadelerine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin cinsel yaşantıyı etkileme durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-40); cinsel yaşantısının etkilendiğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,96±12,04, cinsel yaşantısının etkilenmediğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,32±9,23, olarak saptanmıştır. Olguların infertilitenin cinsel yaşantıyı etkileme durumlarının yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,069).

5. TARTIŞMA

Sosyal bir kurum olan ailenin temel amacı, insan neslinin sürekliliğini sağlamak, toplumun beklentilerine uygun nesillerin yetiştirilmesinde rol almaktır. Çünkü toplumumuzda çocuk; ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Toplumumuzun bir kesiminde gebelikte korunma mücadelesi sürüp giderken diğer bir kesimde de çocuk isteğinin eşlerin tek arzusu ve hayatta kalma nedeni olduğu bir gerçektir (Saydam 2003).

İnfertilite, basit bir jinekolojik rahatsızlık değil, biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Eşlerin gelecek ile ilgili planlarını, kendi imajlarını, saygılarını, ilişkilerini, cinsellik hakkındaki düşüncelerini etkilemektedir (Karanisoğlu 1994). Ayrıca infertil bireyleri olumsuz yönde etkileyen ve sosyal alanda yaşanan sıkıtılardan biri olan yalnızlık kişinin sosyal statüsü, kişilerarası ilişkileri, aile, arkadaş ve çevresiyle olan ilişkilerindeki zayıflamaya sebep olmaktadır. (Jirka ve ark.1996; Bae ve ark. 1999;Sevil ve ark. 2006).

Araştırma, infertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. İnfertil bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin verilerin tartışılması

5.2. İnfertil bireylerin yalnızlık düzeyine ilişkin verilerin tartışılması

5.3. İnfertil bireylerin yalnızlık düzeyine etki eden faktörlerin tartışılması

5.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

5.1.1. İnfertil Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde; infertil bireylerin yaşları, eğitim durumları, aile biçimleri, meslekleri, çalışma durumları, gelir durumları, sosyal güvenceleri, evlilik yaşantısına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların %71,6'sı 35 yaş altı, %28,4'ünün ise 35 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1). Erkeklerin ise %54,8'i 35 yaş altı, %33,8'i

35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan infertil bireylerin yaş ortalaması ise; 33,04±4,52 olarak saptanmıştır. Jirka ve arkadaşlarının 62 infertil çift üzerinde, yalnızlık düzeyi ve sosyal destek algılarındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 31±4,71, erkeklerin yaş ortalaması ise 33±4,85 olarak saptanmıştır (Jirka ve ark.1996). Taşcı ve arkadaşlarının infertil kadınlarda evlilikte uyum düzeylerini etkileyen değişkenlerin incelenmesi amacıyla 144 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre ise kadınların yaş ortalaması 30,4±5,2 olarak bulunmuştur (Taşcı ve ark. 2007). Kavlak'ın infertil kadınların yalnızlık düzeyinin belirlenmesi ve yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile 150 infertil kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması 29,613±5,451 olarak saptanmıştır (Kavlak 1999). Literatürde infertilitenin en sık 35 yaş ve üzeri kişilerde görüldüğünün bildirilmesine rağmen (Rochebrochard ve Thanneau 2003; Dunson ve ark. 2004; Maheshwari ve ark. 2008), Jirka ve ark. (1996), Taçcı (2007) ve Kavlak (1999)'ın araştırmalarına uyumlu olarak çalışmaya katılan infertil bireylerin yaş ortalaması 35 yaş altında bulunmuştur.

İnfertil kadınların eşlerinin %44,3'ü 35 yaş altı, %55,7'sinin 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Erkeklerin eşlerinin ise %71,4'ü 35 yaş altı, %28,6'sının 35 yaş ve üzeri olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan infertil bireylerin eşlerinin yaş ortalaması ise; 34,19±5,77 olarak saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin eşlerinin yaşları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=8,39,P=0,004) (Tablo 4-2). Kavlak'ın çalışmasında kadınların eşlerinin yaş ortalaması 33,667±5,374 olduğu görülmektedir (Kavlak 1999). Bu çalışmaya katılan kadınların eşlerinin çoğunluğunun (%55,7) 35 yaş üzeri olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya ve literatür bilgilerine göre infertilite açısından kadınların eşlerinin yaşlarının göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan infertil kadınların, %56,8'inin okur-yazar değil/okur yazar / ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %19,3'ünün lise mezunu, %23,9'unun ise yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4-3). Çalışmaya katılan infertil erkeklerin eğitim düzeyi incelendiğinde %38,1'inin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %21,4'ünün lise mezunu, %40,5'inin ise yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. (Tablo 4-3). Lee ve arkadaşlarının Çin'de 138 infertil çift üzerinde, infertilite teşhisinin evlilik ve cinsel tatmin üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla

yaptıkları çalışmada çiftlerin %58'inin yüksek okul mezunu, %35'inin lise, %7'sinin ise liseden daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Lee ve ark. 2001). Türkiye genelinde yapılan nüfus sağlık araştırmasında kadınların sadece %17'sini lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (TNSA 2003). Kavlak'ın çalışmasında kadınların %42'sinin ortaokul ve lise, %22'sinin ise fakülte veya daha üst eğitim aldıkları saptanmıştır (Kavlak 1999). Karanisoğlu'nun infertil kadınlarda benlik saygısı ve psikososyal sorunları incelemek amacıyla 110 infertil kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise kadınların çoğunluğunun (%53,6) ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları ve kadınların eğitim düzeylerinin Türkiye'deki oranlarla paralellik gösterdiği ve Lee ve arkadaşlarının çalışmasında da görüldüğü gibi kadınların eğitim düzeylerinin yurtdışına oranla düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan infertil bireylerin eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde (Tablo 4-4); kadınların eşlerinin %42'sinin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %27,3'ünün lise mezunu, %30,7'sinin ise yüksekokul mezunu olduğu, erkeklerin eşlerinin ise %50'sinin okur-yazar değil/okur yazar/ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri %23,8'inin lise mezunu, %26,2'sinin ise yüksekokul mezunu olduğu, belirlenmiştir. Kavlak'ın çalışmasında infertil kadınların eşlerinin %39,3'ünün ortaokul ve lise mezunu, %39,3'ünün fakülte/yüksekokul mezunu oldukları saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucu Kavlak'ın sonucuyla benzerdir.

İnfertil bireylerin aile biçimine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-5); % 78,4'ü çekirdek aileye sahipken, % 21,6'sı geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır. Oğuz'un infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, infertil kadınların %81,6'sının çekirdek aile, % 18,4'ünün geniş aile olduğu belirlenmiştir (Oğuz 2004). Kavlak'ın çalışmasında ise infertil kadınların %87,7'sinin çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir (Kavlak 1999). Bae ve arkadaşlarının Kore'de 182 infertil kadın üzerinde, infertil kadınlarda yalnızlık düzeyini belirlemek ve yalnızlığın kişisel özelllik, infertilite sebebi, aile yapısı ve aile çatışması ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada %83'ünün çekirdek aileye, %17'sinin ise geniş aileye sahip oldukları saptanmıştır (Bae ve ark. 1999). Çalışmanın sonuçları Oğuz (2004), Kavlak(1999) ve Bae ve arkadaşlarının (1999) sonuçlarıyla uyumludur. Yerleşik köy toplumunda kadının doğurganlığı,

kocasının ailesince benimsenmesini ve durumunun sağlamlaşmasını sağlamaktadır (Kavlak 1999). Toplumumuzda infertil çiftler üzerinde görülen aile baskısı, özellikte de kayınvalidenin gelin üzerindeki baskısı gözönüne alındığında çekirdek aile oranının yüksek olması olumlu bir sonuçtur.

Çalışmaya katılan infertil bireylerin çalışma yaşamları değerlendirildiğinde (Tablo 4-6); kadınların %37,5'inin çalıştığı, %62,5'inin çalışmadığı, erkeklerin ise %88,1'inin çalıştığı, %11,9'unun ise çalışmadığı saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çalışma yaşamları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=29,28, p=0,00). Erkek olguların, kadın olgulara göre anlamlı şekilde daha fazla çalıştıkları belirlenmiştir. T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü sonuçlarına göre kadınların iş gücüne katılım oranı 2007 yılı için %24,8 olduğu bildirilmiştir (KSGM 2008). Upkong ve Orji'nin Nijerya'da, infertil kadınlarda görülen psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı ve ruh sağlığında bozulmayla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, infertil kadınların % 87,5'inin çalıştığı, %12,5'inin ise çalışmadığı saptanmıştır (Upkong ve Orji 2006). Kavlak'ın çalışmasında ise infertil kadınların %35,3'ünün çalıştığı, %64,7'sinin ise çalışmadığı saptanmıştır (Kavlak 1999). Bu çalışma Türkiye'deki oranlarla ve Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Ancak Türkiye'de kadınların çalışma oranlarının az gelişmiş bir ülke olan Nijerya'dan bile az olması düşündürücü bir sonuçtur.

İnfertil bireylerin gelir durumlarına bakıldığında (Tablo 4-6); % 30'unun gelirinin giderinden az olduğu, % 56,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %13,8'inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır. Kavlak'ın araştırmasında infertil kadınların %48,7'sinin gelir durumlarının orta düzeyde, %36,6'sının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kavlak 1999). Çalışma sonuçları Kavlak'ın çalışmasıyla uyumludur.

İnfertil bireyler sosyal güvenceleri açısından incelendiğinde (Tablo 4-6); % 97,7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olduğu, % 2,3'ünün ise sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan infertil bireylerin %63,8'inin SSK, %11'inin Bağkur, % 25,2'sinin ise Emekli Sandığı'na bağlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-6). Araştırma kapsamında yer alan infertil bireylerin % 25,4'ünün tedavi masraflarını sosyal güvencelerinin karşıladığı, %11,5'ının kendileri karşıladığı, %63,1'ının ise bir kısmını kendileri, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 4-9).

Bu sonuç araştırmaya katılan infertil bireylerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması (Tablo 4-6) ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması, tedavi giderlerin yüksek olduğu infertilite tedavisinde, tedavi masraflarının karşılanması ve tedavinin devamlılığının sağlanması açından önemli bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan infertil kadınların %60,9'u ev hanımı, %5,7'si memur, %31'i kalifiye işçi, %2,3'ü kalifiye olmayan işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7). Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların % 64,7'sinin ev hanımı olduğu, %35,3'ünün herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

İnfertil bireylerin evlilik sayılarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-10); kadınların %94,3'ü bir, %5,7'sinin ise iki veya daha fazla evlilik yaptığı, erkeklerin ise %95,2'sinin bir ,%4,8'inin ise iki veya daha fazla evlilik yaptığı saptanmıştır. Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların %94,7'si bir, %5,3'ünün iki veya daha fazla evlilik yaptığı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla uyumludur.

İnfertil bireylerin evlilik sürelerine bakıldığında (Tablo 4-10); kadınların %34,1'inin 1-5 yıl, %37,5'inin 6-10 yıl, %18,2'sinin 11-15 yıl, %10,2'sinin ise 16 yıl ve üzerinde evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin ise %31,7'sinin 1-5 yıl, %41,5'inin 6-10 yıl, %22'sinin 11-15 yıl, %4,9'unun 16 yıl ve üzerinde evli olduğu saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin evlilik sürelerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=1,39, p=0,7). Karanisoğlu (1994)'un çalışmasında ortalama evlilik süresi 7,8 yıl ve %10'unun evlilik süresi 16 yıl ve daha fazla olduğu bulunmuştur. Oğuz (2004)'un çalışmasında ise hasta grubun %31,6'sının 11 yıldan uzun süredir evli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları Karanisoğlu (1994)'nun çalışmasıyla paralellik göstermekte ancak Oğuz (2004)'un çalışmasıyla uyumlu değildir.

İnfertil bireylerin evlenme yaş gruplarına bakıldığında (Tablo 4-10); infertil kadınların %51,1 oranla en fazla 19-25 yaş grubu arasında, infertil erkeklerin ise, %50,0 oranla en fazla 26-32 yaş grubu arasında evlendiği saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin evlenme yaş grupları bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=8,6, p=0,003). Karanisoğlu (1994)'un

çalışmasında infertil kadınların en fazla %50 oranla 20-24 yaşları arasında evlendiği, eşlerinin ise en fazla % 39 oranla 25-29 yaşları arasında evlendiği saptanmıştır. TNSA-2003 verilerine göre Türkiye'de kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 20 olarak saptanmıştır. Türkiye'de ilk evlenme yaş ortalaması düşük olmasına rağmen Karanisoğlu (1994)'nun çalışmasıyla da uyumlu olarak ilk evlenme yaşı Türkiye oranlarından daha yüksek bulunmuştur.

5.1.2. İnfertil Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde infertil kadınların menarş yaşı, menstrual siklus düzeni, menstrual düzensizlikte tedavi durumu, menstrual rahatsızlıklar, gebelik öyküsü, düşük, kürtaj, ölü doğum, yaşayan çocuk sayısı, jineolojik öyküsüne ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

İnfertil kadınların % 51,8'inin ilk menarş yaşı 13-14 yaş grupları arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4-11). Araştırmaya katılan infertil kadınların menarş yaş ortalaması 13±1,303 olarak belirlenmiştir. Menstrual siklusu düzenli olanların oranı % 77, düzensiz olanların oranı ise % 23 olarak saptanmıştır (Tablo 4-11). Menstrual siklusu düzensiz olanlardan 12 kişi tedavi oldukları, 8 kişi ise tedavi olmadığı belirtmiştir (Tablo 4-11). İnfertil kadınların % 51,7'sinin mestrual siklusunun normal geçtiği, %44,8'inin ağrılı, % 2,3'ünün ise fazla kanama yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4-11). Coşkun ve arkadaşlarının 1995-1997 yılları arasında sağlıklı populasyonda 10 yaş ve üzeri 3360 kadın ile demografik özellikleri ve üreme sağlığı sorunlarını belirlemek, üreme sağlığına ilişkin bakım gereksinimlerini ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, deneklerin menarş yaş ortalaması 13,45±1,59 olarak bulunmuştur (Coşkun ve ark. 2000). Literatürde premenstrüel şikayetler, dismenore ve vajinal enfeksiyonlar en sık rastlanan jinekolojik problemler olarak bildirilmektedir (Coşkun ve ark. 2000). Çoşkun ve arkadaşlarının (2000) çalışmasının sonuçlarına göre kadınların %47,7'sinin dismenore şikayetinin halen ya da daha önceden bulunduğu, ayrıca kadınların % 23,8'inin menses düzen bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,7'sinin gebelik öyküsü olduğu, %23'ünün düşük/kürtaj öyküsü olduğu, %4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu (sekonder infertilite) ve %19,5'inin daha önce ciddi jinekolojik rahatsızlık öyküsü olduğu

saptanmıştır (Tablo 4-12). 28 Afrika ülkesinde yapılan bir araştırmada primer infertilite sıklığı %3, 20-44 yaş arası kadınlarda sekonder infertilite oranı % 20-25 olarak saptanmıştır (Okonofua ve ark. 1997;Larsen 2000). Latin Amerika'da sekonder infertilite oranı % 40, Asya'da %23, Kuzey Afrika'da ise bu oran %16 olarak saptanmıştır (PATH 1997). Upkong ve Orji'nin yaptığı çalışmada ise primer infertilite oranı %19,6, sekonder infertilite oranı ise %80,4 olarak saptanmıştır (Upkong ve Orji 2006). Kavlak'ın çalışmasında ise infertil kadınların %14,6'sında sekonder infertilite, %85,4'ünde primer infertilite olduğu saptanmıştır. Karanisoğlu (1994)'nun çalışmasında ise kadınların %71,8'i hiç gebe kalmadığı bildirilmiştir. Bu çalışma Kavlak (1999) ve Karanisoğlu (1994)'nun çalışmalarının sonuçlarıyla paraleldir. Ancak yurtdışında yapılan çalışmalarda oranlar farklılık göstermektedir.

5.1.3. İnfertil Bireylerin İnfertilite ve Genel Sağlık Öyküsü İle İlgili Verilerin Tartışılması

Bu bölümde infertil bireylerin çocuk isteme süresi, infertilite polikliniğine devam süreleri, tedavi olma süreleri, infertilite polikliniğine birlikte geldiği kişilere göre dağılımları, tedavi ile ilgili bilgi düzeyleri, uygulanan tedavi yöntemleri, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri, infertilite nedenine göre dağılımları, çocuk sahibi olmamamanın birey ve aileyi etkileme durumları, çocuk isteme nedenleri, eş ve aileden destek alma durumları, psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları, infertilitenin cinsel yaşamı etkileme durumlarımlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan infertil kadınların % 31,8'inin 1-3 yıl, %18,2'sinin 4-6 yıl, %19,3'ünün 7-9 yıl, %30,7'sinin ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki infertil erkeklerin ise %28,6'sının 1-3 yıl, %19'unun 4-6 yıl, %19'unun 7-9 yıl, %33,3'ünün ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4-13). Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama çocuk isteme süresi 7,23±4,89 yıl olarak saptanmıştır. Kavlak'ın çalışmasıında ortalama çocuk isteme süresi 4,667±3,613 yıl olarak belirlenmiştir (Kavlak 1999). Upkong ve Orji'nin çalışmasında infertilitenin ortalama süresi 4,46±3,73 yıl olarak bulunmuştur (Upkong ve Orji 2006). Jirka ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama infertilite süresi 4,98 yıl olarak saptanmıştır (Jirka ve ark.1994). Bu araştırma sonuçları yapılan çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmaya katılan bireylerin Kavlak (1999), Upkong ve Orji (2006) ve Jirka ve arkadaşlarınının (1994) çalışmasına göre daha uzun süredir çocuk istedikleri

belirlenmiştir. Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama infertilite polikliniğine devam süreleri 3,62±3,86 yıl olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan infertil bireylerin %48,8'inin 1-3 yıldır tedavi oldukları saptanmıştır (Tablo 4-15). Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama tedavi olma süreleri 4,27±3,874 yıl olarak saptanmıştır. Bu sonuç, çalışmanın gerçekleştirildiği merkezin referans merkez olması, bazı infertil çiftlerin daha önce farklı yerlerde tedavi şeceneklerini denedikleri ve vakaların daha komplike olması ile açıklanabilir.

Tedaviye yalnız gelen kadınlarda hastalık tarama ve araştırma süreci stres nedenidir. Şahin ve Güngör'ün ikinci düzey ultrasonografi için başvran çiftlerde anksiyete düzeyinin araştırıldığı çalışmada yalnız gelen kadınların eşiyle ya da başka biriyle gelenlerden daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Şahin ve Güngör 2007). Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,4'ünün infertilite polikliniğine yalnız geldikleri, %56,8'inin ise eşleri ile birlikte geldikleri saptanmıştır (Tablo 4-16). Araştırmaya katılan infertil erkeklerin tamamı infertilite polikliniğine eşleri ile birlikte geldikleri saptanmıştır (Tablo 4-16). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilite polikliniğine birlikte geldikleri kişilere göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,89, P=0,001). Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun tedaviye eşleri ile birlikte gelmeleri olumlu bir sonuçtur. Ancak bu sonucun erkeğe bağlı infertilite nedeninin fazla olmasıyla (Tablo 4-20) ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Kavlak (1999)'ın çalışmasında kadınların %58,7'si polikliniğe eşi ile, % 18,6'sının ise yalnız geldiği saptanmıştır. Bu çalışma Kavlak'ın yaptığı araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan infertil kadınların %56,8'i, infertil erkeklerin ise %55'i uygulanan tedaviler hakkında bilgileri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-17). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin tedaviler hakkındaki bilgi düzeylerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,42, p=0,8). Ataman'ın doğal ve infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psikososyal bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla, fertil ve infertil gruplar arasında özel bir hastanede gerçekleştirdiği çalışmada vakaların %96'sının infertilite ile ilgili bilgisinin olduğu, %4'ünün bilgisinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Ataman 2007). Oğuz (2004)'un çalışmasındaki vakaların %31,6'sının infertilite tedavisi ile ilgili bilgilerinin olduğu, %36,8'inin bilgilerinin yetersiz olduğu ve %31,6'sının tedavi hakkında bilgisinin

olmadığı saptamıştır. Bu çalışmanın sonuçları Oğuz (2004) ve Ataman (2007)'ın çalışmalarıyla benzerlik göstermemektedir. Ataman (2007)'ın çalışmasında ki bilgi düzey oranlarının çok yüksek olması çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olmasından ve çalışmaya katılan vakaların önemli bir bölümünün lisans/lisansüstü eğitime sahip olduklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatüre göre infertil bireylerin tedaviler hakkında bilgi düzeylerinin düşük olması, bu alanda çalışan hemşirelerin danışman ve eğitici rolünün önemini göstermektedir.

İnfertilitenin tedavisi, kronik hastalık, yetersiz hormon üretimi, endometriozis ya da mevcut enfeksiyon gibi altta yatan nedenin düzeltilmesi esasına dayanır. Eğer bu mümkün değilse ya da kadının yaşı nedeniyle zaman kaybedilmek istenmiyorsa infertilite tedavisi yardımcı üreme teknikleri ile gebeliğin başarılmasına odaklanır (Akyüz 2003). Çalışmamıza katılan infertil bireylerin %75,8'i tüp bebek, %15,6'sının aşılama, %8,6'sının ise ilaç tedavisi gördükleri saptanmıştır (Tablo 4-18). Araştırmaya katılan bireylerin %64'ü daha önce başka bir tedavi yöntemi kullandıklarını ifade etmiştir. İnfertil bireylerin %77,2'si daha önce aşılama yöntemini kullandıklarını ifade etmiştir (Tablo 4-19). Ataman (2007)'ın çalışmasında infertilite tedavisi gören gruptaki vakalardan mevcut gebeliklerinde kullanılan YÜT olarak %4'ü hormon tedavisi, %22'si aşılama, %26'sı IVF, %60'ı ICSI tekniklerini kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları Ataman'ın çalışmasındaki infertilite tedavisi gören grupla benzerlik göstermektedir.

İnfertilite problemli çiftlerin %40'ında neden multifaktöriyeldir. Yaklaşık %30-40'ında erkek infertildir, %20-30'unda ovulasyon problemi, %20-40'ında tubal, vajinal ya da uterin problemler infertiliteye neden olmaktadır. Çiftlerin yaklaşık %10-15'inde ise mevcut standart tanı metodları kullanılmasına karşın infertilite nedeni belli değildir (Akyüz 2003;Yaralı ve Esinler 2006). Bu araştırmaya katılan infertil kadınların %29,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %38,6'sının eşlerinden kaynaklandığını, %22,7'sinin ise nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4-20). İnfertil erkeklerin ise %47,6'sının infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %26,2'sinin eşlerinden kaynaklandığını, %19'unun ise nedeninin belli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4-20). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilite nedenlerine göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=4,15, p=0,24). Araştırmaya katılan olguların infertilite nedenlerinde erkek nedenlerin

daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4-20). Bae ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında kadınların, %23,1'inde açıklanamayan infertilite, %18,1'inde ovulasyon bozukluğuna bağlı infertilite, %26,4'ünde ise ortak nedenlerden kaynaklı infertilite olduğu bildirilmiştir. Ataman (2007)'ın çalışmasında ise infertilite nedeni %24 oranında kadın, %20 oranında erkek, %16 oranında hem kadın hem erkek, %40 oranında nedeni bilinmiyor sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçları literatürle paralellik göstermekle birlikte Bae ve arkadaşlarının (1999) ve Ataman (2007)'ın çalışmalarıyla uyumlu değildir.

Araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite tanısı sonrasında %34,1'i hayatlarında hiçbirşey değişmediğini, %65,9'u ise olumsuz etkilendiğini (Çok üzülüyorum, mutsuzum, sürekli ağlıyorum, boşanmaktan korkuyorum vb) ifade etmişlerdir (Tablo 4-21). İnfertil erkeklerin ise %54,8'i hiçbirşey değişmediğini, %45,2'si ise olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4-21). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çocuk sahibi olmama durumlarında anlamlı şekilde kadınların erkeklere oranla daha fazla etkilendiği saptanmıştır (χ^2=5,03, p=0,02). Karanisoğlu (1994)'un çalışmasında kadınların %64,4'ü çok üzüldüğünü, %19,5'i sık sık ağladığını, %11,4'ünün boşanmaktan korktuğunu, %3'ü eşinden ve eşinin ailesinden utandığını belirtmişlerdir. Bu çalışma ve Karanisoğlu (1994)'nun da çalışmasıyla uyumlu olarak infertilitenin bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkilediği bir gerçektir.

Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler, eğitimi, çalışması ve sosyal güvencesinin olmasıdır. Kadın eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda, kadın toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Bu toplumlarda kadın çocuk sahibi oldukça daha kabul ve saygı görmektedir. Toplumumuzda gebelik evliliğin en önemli beklentisidir. Bu beklentinin temelinde ise çocuk sahibi olmayı "gelecek için bir güvence olarak görme" düşüncesi yatmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre çeşitli ülkelerdeki gibi Türkiye'de de çocuk sahibi olmayı önemli bir güvence sayanların oranı kadın ve erkek için %77'dir (Ataman 2007). Bu çalışmada infertil bireylerin çocuk isteme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-22); %88,5 oranla annelik/babalık duygusunu tatmak için olduğu saptanmıştır. Karanisoğlu (1994)'un çalışmasında infertil kadınların çocuk isteme nedenleri arasında en fazla %38,1 ile "Sevgi/mutluluk ve analık duygusunu tatmak için", %22,3 oranla "Evliliği sürdürmek için", %31 "Soyun devamı için" ifadeleri

yer almaktadır. Literatüre ve Karanisoğlu (1994)'nun çalışmasına göre, bu çalışmaya katılan bireylerin daha fazla oranla analık/babalık duygusunu tatmak için çocuk istedikleri saptanmıştır.

Sosyal çevre ve aile çevresinin yarattığı baskı çifti olumsuz etkileyebilir. Eşle duyguların ve kaygıların paylaşılması sorunların aşılmasında büyük yarar sağlar. Eşlerin birbirlerine verdikleri destek çok önemlidir. Kadınlar için eşlerinin ve çevrenin desteği erkeklere göre çok daha fazla önemlidir (Oğuz 2004). Eşten ve eşin ailesinde destek görmeme ruh sağlığının bozulmasına, depresyon ve anksiyeteye neden olmaktadır (Upkong ve Orji 2006). Bu çalışmada infertil bireylerin eşten destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-23); kadınların %97,7'sinin eşlerinden destek aldıkları, araştırmaya katılan erkeklerin ise %100'ünün eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır. İnfertil bireylerin aileden destek alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-23); kadınların %79,5'inin aileden destek aldıkları, erkeklerin ise %88,1'inin ailelerinden destek aldıkları saptanmıştır. Taşcı ve arkadaşlarının infertil kadınlarda evlilikte uyum düzeylerini etkileyen değişkenlerin incelenmesi amacıyla, 144 infertil kadın üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada kadınların %93,1 oranla eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır (Taşcı ve ark. 2008). Çalışmamızın sonuçları Taşcı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasıyla paralellik göstermekle beraber hem kadın hem de erkeğin eşlerinden destek almaları duyguların ve kaygıların paylaşımı ve sorunların aşılması açısından olumlu bir sonuçtur.

İnfertilite, psikolojik, psikiyatrik ve sosyal sorunları beraberinde getiren bir kriz dönemidir. İnfertilite bireylerde ruh sağlığı ve evlilik ilişkisi üzerine olumsuz etkilere yol açar (Özçelik ve ark. 2007). Upkon ve Orji'nin Nijarya'da infertil kadınlarda görülen psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı ve ruh sağlığında bozulmayla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, 112 infertil kadın üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, infertil kadınların psikiyatrik bozukluklarının yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Upkong ve Orji 2006). Bu çalışmada infertil bireylerin psikolojik desteğe ihtiyacı olup olmama durumuna göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-24); kadınların %35,2'sinin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu, %64,8'inin ise psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan infertil erkeklerin ise %14,3'ünün psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu, %85,7'sinin ise psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade etmişlerdir. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin psikolojik desteğe

ihtiyacı duyma durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadınların daha fazla oranda psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. (χ^2=5,03, p=0,02). Bu sonuç kadınların kendilerini ifade etmede erkeklerden daha açık olduğu görüşünü desteklemektedir. Taşcı ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise infertil kadınların %50'si ara sıra psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları Taşcı ve arkadaşlarının (2008) araştırmasının sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Ancak literatüre ve çalışmamızın sonuçlarına göre kadınların erkeklere oranla daha fazla ruhsal sorunlar yaşadığı bilinmektedir.

Çalışmalar infertilitenin çiftlerde, stresle ilişkili olarak, evlilik çatışmasında artma, cinsel öz-etkililik ve cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olduğunu göstermektedir. Bireyler infertiliteden dolayı kendilerini yetersiz olarak hissetmektedirler (Taşcı ve ark. 2008). İnfertilitenin cinsel yaşamı etkileme durumuna göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-25); kadınların %23'ünün cinsel yaşantısını etkilediği, %77'sinin etkilenmediği satanmıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin ise ; %16,7'sinin etkilendiğini, %83,3'ünün ise etkilenmediğini ifade etmişlerdir. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilitenin cinsel yaşamın etkileme durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (χ^2=0,684, P=0,4).

5.2. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine İlişkin Verilerin Tartışılması

İnfertil kadınların UCLA Yalnızlık Ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 4-26); olumlu ifadelerden en fazla %64,8 ile "Konuşabileceğim insanlar var" , %62,5 ile "Derdimi anlatabileceğim insanlar var", %56,8 ile "Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum", "Kendimi yakın hissettiğim insanlar var", "İstediğim zaman arkadaş bulabilirim" ifadelerini belirttikleri ve en fazla oranla olumlu ifadeleri seçtikleri saptanmıştır. Olumsuz ifadelerden en fazla %11,4 ile "Başvurabileceğim hiç kimsem yok" ve "İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor" ifadelerini belirttikleri saptanmıştır. İnfertil erkeklerin UCLA Yalnızlık Ölçeğine verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 4-26); olumlu ifadelerden en fazla %83,3 ile "Konuşabileceğim insanlar var" , %71,4 ile "Derdimi anlatabileceğim insanlar var", %64,3 ile "Kendimi yakın hissettiğim insanlar var" ve %61,9 ile "Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum" ifadelerini belirttikleri saptanmıştır. Olumsuz ifadelerden en fazla %9,5 ile "Artık hiç kimseyle samimi değilim" ifadesini

belirttikleri saptanmıştır. Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların UCLA-LS yalnızlık ölçeğindeki yanıtların dağılımı incelendiğinde olumsuz ifadelerden en fazla %26 oranla "Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir", olumlu ifadelerden en fazla %66,6'sı "Konuşabileceğim insanlar var", %64,7'si "Kendimi yakın hissettiğim insanlar var" %57'3'ü "İstediğim zaman arkadaş bulabilirm" ifadesini belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları Kavlak (1999)'ın çalışmasındaki olumlu ifadelerde paralellik göstermektedir. İfadelere göre infertil kadınların daha fazla yalnızlık içeren ifadeleri belirttikleri, literatüre de uygun olarak çevrelerindeki insanların onları anlamadıkları, erkeklerin ise çevrelerindeki insanlarla samimi olmadıklarını göstermektedir.

UCLA Yalnızlık Ölçeğine infertil kadınlarla infertil erkeklerin verdiği yanıtlar karşılatırıldığında; "Dışa dönük bir insanım" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,615, p=0,014). "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,273 p=0,022). "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=13,813, p=0,003). "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=7,289, p=0,007). "Konuşabileceğim insanlar var" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,15, p=0,023). Sonuçlara göre kadınların daha fazla içe kapanık oldukları ve yalnızlık duygusu yaşadıkları düşünülebilir.

5.3. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine Etki Eden Faktörlerin Tartışılması

Bu bölümde infertil bireylerin UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinin puan ortalamarının cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumu, soyal güvence durumu, gelir durumu, evlilik süresi, çocuk isteme süresi, tedavi süresi, infertilitenin kaynaklanma nedeni, infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumu, çocuk isteme nedeni, eş ve aileden destek durumları, cinsel yaşantıyı etkileme durumları ve psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumlarına ilişkin verilerin tartışılması yer almaktadır.

İnfertilitenin bireyler üzerinde psikososyal etkileri olduğu literatürde bildirilmiştir. Bu konuda kadınlar üzerinde çalışmalar sınırlı da olsa yapılmış olmasıyla beraber infertil erkeklerin ihmal edildiği söylenebilir (Kızılkaya 1992; Karanisoğlu 1994;

Kavlak 1999). Türk erkeklerinin kendilerini sözel ifade etmeleri, yardım talep etmeleri geleneksel kültüre göre daha zordur. Geleneksel rol beklentiler buna uygun değildir. Bu bakış açısıyla infertil erkeklerin ihmal edilmesi, infetil çiftlere bakım sunanlar açısından için bir eksikliktir. Bu çalışma verilerinin bu eksikliğin giderilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde cinsiyete göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-27); kadınların toplam yalnılzık puan ortalamaları 38,11±10,51, erkeklerin toplam yalnızlık puan ortalamaları 32,90±8,20 olarak saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin yalnızlık puan ortalamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında kadınların anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,006). Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların genel yalnızlık puan ortalaması 37,633±11,832 olarak saptanmıştır. Jirka ve arkadaşlarının (1996) araştırmasında kadınların yalnızlık puan ortalaması 39,71±10,23, infertil erkeklerin yalnızlık puan ortalaması ise 36,69±9,51 olarak saptanmıştır. Bae ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında infertil kadınların yalnızlık puan ortalaması 35,53±8,66 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Kavlak (1999), Jirka ve arkadaşları (1996) ile benzerlik göstermektedir. Bae ve arkadaşlarının çalışmasında yalnızlık puan ortalamaları çalışmamızın sonucuna göre daha düşük bulunmuştur. Araştırmanın sonucuna ve literatüre göre kadınların erkeklere oranla daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıklarını söyleyebiliriz.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların yaş gruplarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-28); 35 yaş altı olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,77±9,99, 35 yaş ve üzeri olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,70±10,30 olarak saptanmıştır. 35 yaş altı ve 35 yaş ve üzeri olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların yaş grupları ile yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bae ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise infertil kadınların yalnızlık puanlarının yaş grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucu Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla uyumlu, Bae ve arkadaşlarının (1999) çalışmasıyla uyumlu değildir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların eğitim durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-29); ilköğretim* grubundaki olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,29, lise mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,34±10,02, üniversite mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,15±8,46 olarak saptanmıştır. İlköğretim*, lise ve üniversite mezunu olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,004). Farklılığın ilköğretim* grubuyla üniversite mezunu olgular arasında olduğu saptanmıştır. Bae ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise infertil kadınların yalnızlık puanlarının eğitim durumları ile karşılaştırıldığında anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Kavlak (1999)'ın çalışmasında ise infertil kadınların eğitim durumları ile yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yalnızlık düzeyi en yüksek olan ilköğretim* grubudur. Eğitim düzeyi yükseldikçe yalnızlık düzeyinin azaldığı gözlenmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin aile ve yardım mekanizmalarını daha iyi kullandıkları düşünülmektedir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çalışma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-30); çalışan olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,25±8,69, çalışmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,96±11,06, olarak saptanmıştır. Çalışan ve çalışmayan olguların yalnızlık puan ortalamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında çalışmayan olguların çalışan olgulara göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,008). Kavlak (1999)'ın çalışmasında çalışan infertil kadınların yalnızlık düzeylerinin çalışmayan infertil kadınların yalnızlık düzeylerinden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara ve literatüre göre çalışmayan kadınların daha fazla yalnızlık yaşadığını söyleyebiliriz. Çalışan kadınların eğitimle birlikte daha fazla sosyalleştiğini ve yardım aldığını söyleyebiliriz.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların gelir durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-31); gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,64±11,37, gelirlerin giderlerine denk olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,91±9,51, gelirlerin giderlerinden fazla olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,72± 8,99 olarak saptanmıştır. Gelirlerinin giderlerinden az, gelirlerinin giderlerine denk, gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamarına

*Okur-yazar değil- okur yazar-ilkokul-ortaokul

göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,278). Kavlak (1999)'ın çalışmasında gelir durumları ile yalnızlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, geliri giderinden az olanların yalnızlık puan ortalamasının, geliri giderine denk olanların yalnızlık puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla da uyumlu olarak geliri giderinden az olan infertil bireylerin yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavi süreci pahalı olan infertilitede düşük gelirli olmak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkilemektedir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların evlilik sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-32); 1-5 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,13±8,77, 6-10 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,18±9,53, 11-15 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,45, 16 yıl ve üzeri evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 43,54±12,16 olarak saptanmıştır. 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11,15 yıl ve 16 yıl ve üzeri evli olan olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,018). Farklılığın 1-5 yıl arası evli olanlarla 16 yıl ve üzeri evli olanlar arasında olduğu saptanmıştır. Evlilik yılları ilerlerken henüz çocuk sahibi olamama bireylerin yalnızlık düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Evlilik süresi arttıkça bireylerin yalnızlık düzeyleri artmıştır. Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların evlilik süreleri ile yalnızlık puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla farklılık göstermektedir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çocuk isteme sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-33); 1-3 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,97±7,98, 4-6 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,79±7,93, 7-9 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,04±7,77, 10 yıl ve üzeri çocuk olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 41,17±11,88 olarak saptanmıştır. 1-3 yıl, 4-6 yıl, 7-9 yıl ve 10yıl ve üzeri çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000). Farklılığın 1-3 yıl arası çocuk isteyenlerle 10 yıl ve üzeri çocuk isteyenler arasında olduğu saptanmıştır. Çocuk isteme süresi arttıkça bireylerin yalnızlık düzeyi artmıştır. Bu çalışmayla da uyumlu olarak Kavlak (1999)'ın çalışmasında da çocuk isteme süresi ile yalnızlık puan ortalamaları

arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Çocuk isteme yılları arttıkça kişilerin ümitlerinin azaldığı, psikosoyal sorunların ve yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların tedavi sürelerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-34); tedaviye yeni başlayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,66±10,81, 1 yıl ve daha az süre tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,16±10,28, 1-3 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,76±9,82, 4-6 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 36,73±5,99, 10 yıl ve üzeritedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,93±12,12 olarak saptanmıştır. Tedaviye yeni başlayan, 1 yıl ve daha az süre tedavi olan, 1-3 yıl, 4-6 yıl ve 10yıl ve üzeri tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,273). Ancak tedavi süresi arttıkça yalnızlık düzeyinin de arttığı söylenebilir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin kimden kaynaklı olduğuna göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-34); infertilite nedeninin kendinden kanaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,26±9,77, infertilite nedeninin eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,44±8,94, infertilite nedeninin hem kendinden hem de eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,54±9,72, infertilite nedeni belli olmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 37,07±12,51, olarak saptanmıştır. İnfertilitenin kimden kaynaklı olduğuna göre dağılımları incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,654). Çalışmanın sonuçları Kavlak (1999)'ın çalışmasıyla da uyumlu olarak infertilite nedeninin kadın ya da erkekten kaynaklanmasının yalnızlık ile ilişkisi bulunamamıştır. Bu da infertilitenin çiftin sorunu olduğu gerçeğiyle örtüşmektedir.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-36); Hiçbirşey değişmedi ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,22±7,99, olumsuz etkiledi* ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,63±10,82, olarak saptanmıştır. İnfertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre olguların toplam yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,002). Sonuçlara göre infertiliteden olumsuz etkilenen bireylerin daha fazla yalnız olduklarını söyleyebiliriz.

*Çok üzülüyorum, mutsuzum, sürekli ağlıyorum, boşanmaktan korkuyorum vb.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların çocuk isteme nedenlerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-37); "Analık-babalık duygusunu tatmak için" ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,56±9,66, "Diğer nedenler** " ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 43,06±11,21, olarak saptanmıştır. Olguların çocuk isteme nedenlerinin yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında diğer nedenlerle (evliliği sürdürmek, soyun devamı, ekonomik güvence vb) çocuk isteyen bireylerin, analık-babalık duygusunu tatmak için çocuk isteyen bireylere göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,009). İnfertil bireyler üzerindeki aile baskısı, boşanmaktan korkmaları vb. nedenlerle bireylerin daha fazla stres altında olduğunu ve daha fazla yalnızlık yaşadığını söyleyebiliriz.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların aileden destek alma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-38); Aileden destek aldığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,20±9,56, Aileden destek almadığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 41,18±9,97, olarak saptanmıştır. Olguların aileden destek alma durumlarının yalnızlık puan ortalamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında aileden destek almayanların, destek alanlara göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,010). Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların algıladıkları genel sosyal destek (algılanan aile desteği, algılanan arkadaş desteği) ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Jirka ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında sosyal destek ile yalnızlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları Kavlak (1999), Jirka ve ark.(1996)'ın çalışmalarının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlara göre aile desteğinin veya arkadaş desteğinin yalnızlığın oluşumunda önleyici bir rolü olduğunu söyleyebiliriz.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-39); psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 40,91±9,77, psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,64±9,71, olarak saptanmıştır. Olguların psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarının yalnızlık puan ortalamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında;

**Evliliği sürdürmek, soyun devamı için, ekonomik güvence vb.

psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ifade eden bireylerin, psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden bireylere göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,001). Kavlak (1999)'ın çalışmasında infertil kadınların psikolojik desteğe ihtiyaç derecesine göre yalnızlık durumları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirten infertil bireylerin daha fazla yalnız olduklarını söyleyebiliriz. Bu bulgu sağlık hizmeti sunanlar için önemli bir ipucudur.

UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde olguların infertilitenin cinsel yaşantıyı etkileme durumlarına göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-40); cinsel yaşantısının etkilendiğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,96±12,04, cinsel yaşantısının etkilenmediğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,32±9,23, olarak saptanmıştır. Olguların infertilitenin cinsel yaşantıyı etkileme durumlarının yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,069). Ancak cinsel yaşantısının etkilendiğini ifade eden bireylerin daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıklarını söyleyebiliriz.

5.4. Sonuçlar

5.4.1. İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

* Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,4'ünün 35 yaş ve üzeri, erkeklerin ise %33,8'inin 35 yaş ve üzeri olduğu, araştırmaya katılan infertil bireylerin yaş ortalamasının 33,04±4,52 olduğu saptanmıştır (Tablo 4-1). Araştırmaya katılan infertil bireylerin eşlerinin yaş ortalaması ise; 34,19±5,77 olarak saptanmıştır (Tablo 4-2).

* Çalışmaya katılan infertil kadınların, %56,8'inin okur-yazar değil/okur yazar / ilkokul/ortaokul grubuna girdikleri, erkeklerin ise %40,5'inin ise yüksekokul mezunu oldukları, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (χ^2=4,71,p=0,09) (Tablo 4-3).

* İnfertil bireylerin aile biçimine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-5); % 78,4'ü çekirdek aileye sahipken, % 21,6'sı geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır.

* Kadınların %37,5'inin, erkeklerin ise %88,1'inin çalıştığı, erkeklerin kadınlara oranla istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olarak daha çok çalıştığı saptanmıştır (χ^2=29,28,P=0,00) (Tablo 4-6).

* İnfertil bireylerin %41,7'sinin ev hanımı, %47,2'sinin ise kalifiye işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7).İnfertil bireylerin % 56,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu, % 97,7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olduğu, sosyal güvencesi olan infertil bireylerin %63,8'inin SSK olduğu, araştırma kapsamında yer alan infertil bireylerin %63,1'ının bir kısmını kendileri, bir kısmını sosyal güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir.

* Kadınların %94,3'ünün, erkeklerin ise %95,2'sinin ilk evlilikleri olduğu, kadınların %34,1'inin 1-5 yıl, %37,5'inin 6-10 yıl, erkeklerin ise %31,7'sinin 1-5 yıl, %41,5'inin 6-10 yıl arası evli oldukları, kadınların %51,1 oranla en fazla 19-25 yaş grubu arasında, infertil erkeklerin ise, %50,0 oranla en fazla 26-32 yaş grubu arasında evlendiği, yaş grupları bakımından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (χ^2=8,6, p=0,003).

* Kadınların % 51,8'inin ilk menarş yaşı 13-14 yaş grupları arasında olduğu, menarş yaş ortalamasının 13±1,303 olduğu, kadınların % 23'ünün mentrual siklusunn düzensiz olduğu, düzensiz olanlardan 12 kişi tedavi oldukları, kadınların % 51,7'sinin mestrual siklusunun normal, %44,8'inin ağrılı geçtiği belirlenmiştir (Tablo 4-11).

* Araştırmaya katılan infertil kadınların %28,7'sinin gebelik öyküsü olduğu, %23'ünün düşük/kürtaj öyküsü olduğu, %4,6'sının yaşayan çocuklarının olduğu (sekonder infertilite) ve %19,5'inin daha önce ciddi jinekolojik rahatsızlık öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4-12).

* Araştırmaya katılan infertil kadınların % 31,8'inin 1-3 yıl, %30,7'sinin ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri, erkeklerin ise %28,6'sının 1-3 yıl, %33,3'ünün ise 10 yıl ve daha fazla süredir çocuk istedikleri, infertil bireylerin ortalama çocuk isteme süresinin 7,23±4,89 olduğu saptanmıştır.

* Araştırmaya katılan infertil bireylerin ortalama infertilite polikliniğine devam süreleri 3,62±3,86 yıl, ortalama tedavi olma süreleri 4,27±3,874 yıl olarak saptanmıştır. İnfertil kadınların %28,4'ünün infertilite polikliniğine yalnız geldikleri, %56,8'inin ise eşleri ile birlikte geldikleri, infertil erkeklerin tamamının infertilite polikliniğine eşleri ile birlikte geldikleri saptanmıştır (Tablo 4-16). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin infertilite polikliniğine birlikte geldikleri kişilere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,89, P=0,001).

* Araştırmaya katılan infertil kadınların %56,8'i, infertil erkeklerin ise %55'i uygulanan tedaviler hakkında bilgileri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-17).

* İnfertil bireylerin %75,8'i tüp bebek, %15,6'sının aşılama, %8,6'sının ise ilaç tedavisi gördükleri saptanmıştır (Tablo 4-18).

*Araştırmaya katılan infertil kadınların %29,5'i infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını, %38,6'sının eşlerinden kaynaklandığını, infertil erkeklerin ise %47,6'sının infertilite nedeninin kendilerinden kaynaklandığını ifade etmiştir (Tablo 4-20).

* Araştırmaya katılan infertil kadınların infertilite tanısı sonrasında %65,9'u olumsuz etkilendiğini, infertil erkeklerin ise %45,2'si olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4-21). İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin çocuk sahibi olmamanın birey ve aileyi etkileme durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. (χ^2=5,03, P=0,02).

* İnfertil bireylerin çocuk isteme nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-22); %88,5 oranla annelik/babalık duygusunu tatmak için olduğu saptanmıştır.

* İnfertil kadınların %97,7'sinin eşlerinden destek aldıkları, erkeklerin ise %100'ünün eşlerinden destek aldıkları, kadınların %79,5'inin aileden destek aldıkları, erkeklerin ise %88,1'inin ailelerinden destek aldıkları saptanmıştır. Kadınların %35,2'sinin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu, infertil kadınlarla infertil erkeklerin psikolojik desteğe ihtiyacı olup olmama durumuna göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,03, P=0,02).

* Kadınların %23'ünün infertilitenin cinsel yaşantısını etkilediği, erkeklerin ise %16,7'sinin etkilendiği saptanmıştır.

5.4.2. İnfertil Bireylerin Yalnılzık Düzeyine İlişkin Sonuçlar

* UCLA Yalnızlık Ölçeğine infertil kadınlarla infertil erkeklerin verdiği yanıtlar karşılatırıldığında; "Dışa dönük bir insanım" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=10,615, p=0,014). "Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,273, p=0,022). "Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=13,813, p=0,003). "Çevremde insanlar var ama benimle değiller" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=7,289, p=0,007).

"Konuşabileceğim insanlar var" ifadesine verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (χ^2=5,15, p=0,023).

* UCLA-LS Yalnızlık Ölçeğinde cinsiyete göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-27); kadınların toplam yalnılzık puan ortalamaları 38,11±10,51, erkeklerin toplam yalnızlık puan ortalamaları 32,90±8,20 olarak saptanmıştır. İnfertil kadınlarla infertil erkeklerin yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,006).

5.4.3. İnfertil Bireylerin Yalnızlık Düzeyine Etki Eden Faktörlere İlişkin Sonuçlar

* 35 yaş altı olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,77±9,99, 35 yaş ve üzeri olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,70±10,30 olarak saptanmıştır.

* İlköğretim* (okur-yazar olmayan, okur-yazar, ilkokul, ortaokul) grubundaki olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,29, lise mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,34±10,02, üniversite mezunu olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,15±8,46 olarak saptanmıştır. İlköğretim* grubunun anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları, farklılığın ilköğretim* grubuyla üniversite mezunu olgular arasında olduğu saptanmıştır (p=0,004).

* Çalışan olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,25±8,69, çalışmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,96±11,06, olarak saptanmıştır. Çalışmayan olguların anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusunu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,008).

* Gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,64±11,37, gelirlerin giderlerine denk olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,91±9,51, gelirlerin giderlerinden fazla olduğunu belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,72±8,99 olarak saptanmıştır.

* 1-5 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,13±8,77, 6-10 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,18±9,53, 11-15 yıl arası evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,92±10,45, 16 yıl ve üzeri evli olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 43,54±12,16 olarak saptanmıştır. Yıllar artıkça anlamlı olarak yalnızlık duygusunun arttığı saptanmıştır (p=0,018).

* 1-3 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,97±7,98, 4-6 yıl arası çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,79±7,93, 7-9 yıl arası

çocuk isteyen olguların yalnızlık puan ortalamaları 37,04±7,77, 10 yıl ve üzeri çocuk olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 41,17±11,88 olarak saptanmıştır. Yıllar artıkça anlamlı olarak yalnızlık duygusunun arttığı saptanmıştır (p=0,000).

* Tedaviye yeni başlayan olguların yalnızlık puan ortalamaları 32,66±10,81, 1 yıl ve daha az süre tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 30,16±10,28, 1-3 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,76±9,82, 4-6 yıl arası tedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 36,73±5,99, 10 yıl ve üzeritedavi olan olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,93±12,12 olarak saptanmıştır. Aralarında tedavi yıllarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,273).

* İnfertilite nedeninin kendinden kanaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 36,26±9,77, infertilite nedeninin eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,44±8,94, infertilite nedeninin hem kendinden hem de eşinden kaynaklandığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,54±9,72, infertilite nedeni belli olmayan olguların yalnızlık puan ortalamaları ise 37,07±12,51, olarak saptanmıştır.

* İnfertilitenin birey ve aileyi etkileme durumları incelendiğinde; hiçbirşey değişmedi ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 33,22±7,99, olumsuz etkiledi ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 38,63±10,82, olarak saptanmıştır. İnfertilitenin birey ve aileyi etkileme durumlarına göre olguların toplam yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,002).

* Olguların çocuk isteme nedenlerine göre toplam yalnızlık puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-37); "Analık-babalık duygusunu tatmak için" ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,56±9,66, "Diğer nedenler" ifadesini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 43,06±11,21, olarak saptanmıştır. Olguların çocuk isteme nedenlerinin yalnızlık puan ortalamarına göre dağılımları karşılaştırıldığında diğer nedenlerle (evliliği sürdürmek, soyun devamı, ekonomik güvence vb) çocuk isteyen bireylerin, analık-babalık duygusunu tatmak için çocuk isteyen bireylere göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,009).

* Aileden destek aldığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,20±9,56, aileden destek almadığını belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları

41,18±9,97, olarak saptanmıştır. Aileden destek almayanların, destek alanlara göre anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,010).

* Psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 40,91±9,77, psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden olguların yalnızlık puan ortalamaları 34,64±9,71, olarak saptanmıştır. Psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ifade edenlerin ihtiyacı olmadığını ifade edenlere oranla anlamlı olarak daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıkları saptanmıştır (p=0,001).

* Cinsel yaşantısının etkilendiğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 39,96±12,04, cinsel yaşantısının etkilenmediğini belirten olguların yalnızlık puan ortalamaları 35,32±9,23, olarak saptanmıştır.

5.5. Öneriler

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda;

* İnfertilitenin çiftin sorunu olduğu,

* Danışmanlık kapsamına çiftin alınması gerektiği,

* Emosyonel desteğin öneminin vurgulanması ve çiftlerin destek sistemleri hakkında farkındalıklarının arttırılması,

* Kadınların erkekler oranla daha fazla etkilendikleri daha fazla yalnızlık yaşadıkları konusunda eşlerin duyarlı hale getirilmesi,

* Benzer problemler yaşayan çiftlerin bir araya getirilmesi, destek gruplarının oluşturulması,

* Gerekli durumlarda liyazon psikiyatrisinden destek alınması,

* Toplumun olumsuz görüşlerinin olması doğrultusunda topluma yönelik eğitimlerin gerçekleştirlmesi, bu konuda medyadan destek alınması,

* Ekip içinde psikoloğun bulunması gerekliliği,

* Bu alanda çalışan hemşirelerin uzmanlaştırılması, hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi

* Hemşirelerin infertil çiftlerin yalnızlık duygusunu deneyimlediklerini bilmesi ve yalnızlık durumda ellerinde var olan sosyal destek sistemlerini belirlemesi, danışman ve

yönlendirici rolü ile çiftlerin ihtiyaç duydukları zamanda başvurabilecekleri destek sistemleri konusunda onları bilgilendirmesi,

* Hemşirelerin çiftleri aile ve arkadaşları ile paylaşabilecekleri, infertilite konusunda eksik ve yanlış bilgilerini gidermesi,

* İnfertilitenin bireyler üzerinde psikososyal etkileri olduğu, bu konuda kadınlar üzerinde çalışmalar sınırlı da olsa yapılmış olmasıyla beraber infertil erkeklerin ihmal edildiği, bu bakış açısıyla infertil erkeklerin ihmal edilmesi, infetil çiftlere bakım sunan hemşireler için bir eksiklik olduğu, bu eksikliğin giderilmesi açısından erkelerinde ele alındığı çalışmaların arttırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aksu,T.(2006).Uterus Kaynaklı İnfertilite Nedenleri.İçinde M.S.Beksaç (Ed.), *JİNEKOLOJİ; Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*. Ankara: Medikal Network;966-975.

Akgül,A.(1997). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. SPSS uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara.

Akgün,E.(2001).*Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algıladıkları Yalnızlık Duyguları ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkileri.*Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul,8-13.

Akyüz,A.(2003). İnfertil çiftin araştırılması. *3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi*.20-23 Nisan Ankara.s:32-35.

Akyüz,A.(2003). İnfertil çift için tedavi seçenekleri.*3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi.*20-23 Nisan Ankara.s:36-38.

Altınkaynak,E.(2007). Urumlarda Aile,Glenekleri ve Kurumsal Yapısı. *Turkish Studies İnternational Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*,Volume 2/4.

Alıcı,B., Özkara, H., Önal B., Akkuş E., Hattat H. (2000). Total Motil Sperm Sayısının İntrauterin İnseminasyon Başarısına Etkisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 31(2), 61-65.

Anderson,K.M., Sharpe,M., Rattray,A.ve Irvine,D.S.(2003). Distress and concerns in couples referred to aspecialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research,*54:353-355.

Asan, N. (2007). *Gata Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne Başvuran Çiftlerin, IVF-ET Tedavisini Bırakma Nedenleri.* Yüksek Lisans Tezi. T.C.Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ataman, H. (2007). *Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri.* Yüksek Lisans Tezi.T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bae, K.J., Ro, S.O., Kim, J.A. (1999).The Study of Loneliness in İnfertile Women. *Journal of Korean Academy of Nursing,*29(6):1379-1391.Korean.

Beji,K.N.(2001). Doğurganlıkla İlgili Sorunlar ve Hemşirenin Değişen Rolü. Beji Kızılkaya N (Ed). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı.* F.N.Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın No:4,Emek Matbaacılık, İstanbul, 1-8.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler Için Veri Analizi El Kitabı.* Pegem Yayıncılık.

Can,C. ve Turgut,M.(2003). İnfertilite Açısından Erkeğin Genel Olarak Değerlendirilmesi. İçinde H.Hassa (Ed). *İnfertil Olgularda Klinik Yaklaşım ve IVF Laboratuar Uygulamaları,* Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Yayın No:87, Eskişehir, 139-146.

Candansayar,S.,Coşar,B.,(2006). İnfertilitenin Sosyopsikolojik Boyutu.İçinde M.S.Beksaç (Ed.),*JİNEKOLOJİ; Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji.*Ankara:Medikal Network;1044-1059.

Carreno,M.J., Morales,C.F., Sanchez,B.C., Hanales,A.C., Espindola,H.J.G. (2007).An explanation of depression and anxiety symptoms in sterile women. *Gynecol Obstet Mex.*Mar;75(3):133-41.

Cahng,S.N. ve Mu,F.P.(2007).İnfertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment.*Journal of Clinical Nursing,*1-8,1365-2702.

Celiloğlu,M., Göl, M.(2006).İnfertilite ve Kanita Dayalı Tıp. İçinde M.S.Beksaç (Ed.), *JİNEKOLOJİ;Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji.* Ankara: Medikal Network;1031-1043.

Cemal,H., Karatekelioğlu,E. ve Atar,E.(2007). Erkek fertilitesini etkileyen beslenme, çevresel faktörler ve diğer nedenler. *Androloji Bülteni,*Sayı 28,39-43.

Chou KL,Chi I (2004). Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults.*Int J Geriatr Psychiatry.*May;19(5):449-57.

Coşkun,A., Karanisoğlu.H. (1992). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği,* T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir,111-125.

Coşkun,A., Şahin, N.H.,Kızılkaya, N., Yıldız, A. (2000). Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri İle Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum,* Yıl:10, Sayı:3, 22-40.

Coşkun,E., Öskan,S. ve Vural,B.(2005). Impact of Genital Infection on Fertility. *Journal of the Turkish German Gynecologial Association,*Vol 6(3),197-203.

Davis,D.C., Dearman,C.N.(1991).Coping strategies of infertile women. *JOHNN*, 20(3 : 21-227.

Demirci,H. (2001).İnfertilitenin Çiftler Üzerindeki Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. Beji Kızılkaya N (Ed). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı.*F.N.Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın No:4, Emek Matbaacılık İstanbul, 103-117.

Demir,A.(1989). UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi,* 7, 23:14-18.

Demircan, A., Kervancıoğlu, E., Yazıcıoğlu,E.,Curry,M., Barblett,H., Çamlıbel, T. ve ark.(1992). Erkek İnfertilitesi Tedavisinde Yeni Bir Yöntem: (Zygote Intrafallopian Transfer) Zift-Olgu Takdimi. *Türkiye Klinikleri J.Gynecol Obstetric,* 2(4), 279-283.

Dicker,D.,Goldman,J.A.,Ashkenazi,J.,Feldberg,D.,Shelef,M. ve Levy,T.(1991).Age and pregnancy rates in in vitro fertilization.*Journal of Assisted Reproduction and Genetics*,Volume 8,Number 3,141-144.

Dikencik,B. (2001).Yardımcı Üreme Teknikleri. İçinde Beji Kızılkaya N (Ed*).İnfertilite Sorunu,Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı.*F.N.Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın No:4,Emek Matbaacılık,İstanbul,25- 55.

Dunson,D.B.,Baird,D.D. ve Colombo,B.(2004).Increased Infertility With Age in Men and Women.*Obstetrics and Gynecology* ,103:51-56.

Durmuşoğlu,F.,Etler,K.(2006).İnfertilitede Tubal ve Peritoneal Faktör. İçinde M.S.Beksaç (Ed.), *JİNEKOLOJİ;Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji.* Ankara: Medikal Network;976-986.

Erdem, M. ve Yıldırım, M.(2003).İleri Yaş İnfertilitesi.*Türk Fertilite Dergisi*,11:185-192.

Eskenazi,B.,Wyrebek,A.J.,Sloter,E.,Kidd,S.A.,Moore,L.,Young,S. ve ark.(2003).The association of age and semen quality in healthy men. *Human Reproduction*,18 (2),447-454.

Favot,I., Ngalula,J., Mgalla,Z., Klokke,A.H.,Gumodoka,B., Boerma,J.T.(1997). HIV Infection and Sexual Behaviour among Women with Infertility in Tanzania:A Hospital-Based Study.International Journal of Epidemiology,Vol 26,No 2.,414-419.

Gülseren,L., Cetinay,P., Tokatlıoğlu,B., Sarıkaya,O.O., Gülseren,S. ve Kurt,S.(2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *The Journal of Reproductive Medicine,*51(5):421-6.

Guz,H., Ozkan,A., Sarısoy,G., Yanık,F. ve Yanık,A.(2003).Psychiatric symtoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 24(4): 267-71.

Gerrits,T.(1997).Social and culturel aspects of infertility in Mozambique.*Patient Education and Counseling*,May;31(1),39-48.

Günalp,S. ve Yücel,A.(2006).Erkek İnfertilitesi-I:Androlojik Değerlendirme. İçinde M.S.Beksaç (Ed.), *JİNEKOLOJİ;Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*. Ankara: Medikal Network;987-1011.

Hirsch,A.M. ve Hirsch,S.M. (1995). The long-term psychosocial effects of infertility. *JOGNN*,24(6):517-522.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.

İrez,T., Oral,E., Ghahremanpour,D., Kaleli,S. ve Çolgar U.(1997).Yüksek Isıya Maruz Kalmanın Spermiogram Üzerine Etkileri.*Türk Fertilite Dergisi,*1:54-57.

Johnson,C.L. (1996).Regaining self-esteem:strategies and interventions for the infertile women.*JOHNN*,25(4):291-294.

Joesoef,M.R., Beral, V., Aral, S.O., Rolfs, R.T. ve Cramer, D.W.(1994). Fertility and use of cigarettes, alcohol, marijuana, and cocaine.*Annals of Epidemiology* ,4(5).423.

Jirka,J. ,Schuatt,S., Foxal,J.M.(1996).Loneliness and social support in infertile couples. *JOHNN*, 25:1;55-59.

Karanisoğlu,H.(1994).İnfertil Kadınlarda Benlik Saygısı ve Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi.*Hemşirelik Bülteni,*8(31):1-15.

Kavlak,Ü.O. (1999). *İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi,Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu,İzmir.

Karlıdere,T.,Bozkurt,A.,Yetkin,S.,Doruk,A.,Sütçigil,L.,Özmenler,K.N. ve ark.(2007). Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar,Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı?.*Türk Psikiyatri Dergisi;*18 (4):311-322.

Kızılkaya,N.(1992)İnfertil çiftlerin bilgileri,uygulamaları ve infertilitenin psikososyal değerlendirilmesi.*Hemşirelik Bülteni*,6,25-26,44-45.

Kılınç,H., Sevim, S.A. (2005). Ergenlerde Yalnızlık ve Bilişsel Çarpıtmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 38(2), 67-89.

Kılıç, S., Beytur, A., Altınoluk,B., Beytur, L., Oğuz, F., Atmaca,R. (2005). İnfertilite Nedeniyle Eş Spermi İle Uygulanan 78 İntrauterin İnseminasyon (İUİ) Siklusunun Sonuçları ve İUİ Başarısını Etkileyen Faktörler: Retrospektif Bir Çalışma. Türk Üroloji Dergisi, 31(4), 516-523.

Karataş,N.(2002).Araştırmada Örnekleme.İçinde İ.Erefe (Ed.).Hemşirelikte Araştırma İlke,Süreç ve Yöntemleri.İstanbul:Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği,125-138.

Kort, H.I., Massey, J.B., Elsner, C.W., Mitchell-Leef, D., Shapiro, D.B., Witt, M.A.ve ark.(2006). Impact of body mass index values on sperm quantity and quality. *Journal of Andrology*,27(3),450-2.

Koşar,P.A. ve Özçelik,N.(2007). Erkek infertilitesinde genetik değerlendirme.*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,14(3),48-51.

Kervancıoğlu,S.,Sarıca,A.,Mete,E.,Özkur,A. ve Bayram,M.(2008).Varikoselin Testis Hacimi Üzerine Etkisi.*Gaziantep Tıp Dergisi*,11-14.

Lee,T.Y., Sun,G.H. (2000).Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives.*Archives of Andrology*,Nov-Dec;45(3):143-8.

Larsen,U.(2000).Primary and Sekondary İnfertility in sub-Saharan Africa. *İnternational Journal of Epidemiology*,29:285-291.

Laurent, S.L., Thompson, S.J., Addy, C., Garrison, C.Z. ve Moore, E.E.(1992). An epidemiologic study of smoking and primary infertility in women. *Fertility and Sterility,*57(3),565-72.

Lee,T.Y.,.Sun,G.H., Chao,S.C. (2001).The effect of an infertility diagnosis on the distress,marital and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan.*Human Reproduction* Vol.16,No.8 pp:1762-1767.

McKinney,E.S.,James,S.R.,Murray,S.S.ve Ashwill,J.W.(2005).Maternal-Child Nursing. Philadelphia:Elsivier's Health Sciences Rights Department.

Montella,K.R.,Keely,E.,Laifer,S.A. ve Lee,R.V. (2000).Evaluation and Management of İnfertility in Women:The Internist'Role.*Annals of Internal Medicine*,132:973-981.

Malik,A., Jain,S., Hakim,S., Shukla,I. ve Rizvi, M.(2006). Chlamydia trachomatis infection & female infertility.*Indian Journal of Medical Research,*123,770-775.

Maheshwari,A.,Hamilton,M. ve Bhattacharya,S.(2008).Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction,*23(3):538-542.

Oğuz Deniz H (2004).*İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri.* Uzmanlık Tezi. Pof.Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12.Psikiyatri Birimi,İstanbul

Orshan,S.A.(2008).*Maternity,Newborn and Women's Health Nursing*.Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins a Wolters Kluwer business.

Ozkan,M.ve Baysal,B.(2006).Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical And Experimental Obstetrics & Gynecology,*33(1):44-6.

Okonofua,F.E.,Harris,D.,Odebiyi,A.,Kane,T. ve Snow,R.C.(1997).The social meaning of infertility in Southwest Nigeria.*Health Transition Review 7*,205-220.

Orji,E.O.,Kuti,O. ve Fasubaa,O.B.(2002).İmpact of infertility on marital life in Nigeria.*İnternational Journal of Gynecology and Obstetrics,*79,61-62.

Özçelik B,Karamustafalıoğlu O,Özçelik A (2007).İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü.*Anatolian Journal of Psychiatry* ;8:140-148.

Perk,H., Soyupek,S. ve Oksay,T.(2005).Erkek infertilitesine neden olan fiziksel ajanlar, ilaçlar ve toksinler.Androloji Bülteni,Sayı 23,305-310.

Plas,E.,Berger,P.,Hermann,M. ve Pflüger,H.(2000).Effect of aging on male fertility?.*Experimental Gerontology*,Volume 35,Issue 5,543-551.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH) (1997).İnfertility in Developing Countries.Volume 15,Number 3.

Rutstein, Shea O. and Iqbal H. Shah (2004). Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. *DHS Comparative Reports* No. 9. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro and theWorld Health Organization.

Ricci,S.S.(2008).*Essentials of Maternity,Newborn and Women's Helath Nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins a Wolters Kluwer business.

Reşorlu, B.,Yaman,Ö., Özayar, A.,Özden, E. ve Yeşil M.(2006).Bileteral İntratestiküler Varikosel.*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mec*muası 59:77-79.

Renato,P., Laura,P. ve Alessandra, G.(2008).Obesity and infertility.*Current Opinion in İnternal Medicine*,7(1):23-28.

Rubes,J., Selevan,S.G., Sram,R.J., Everson,D.P. ve Perreault S.D.(2007). Impact Of Air Pollution On Reproductive Health In Northern Bohemia. *Reproductive Health and the Environment*,Volume 22,207-224.

Rochebrochard, E. ve Thonneau,P.(2003) Paternal age >or=40 years: an important risk factor for infertility. American Journal of Obstetrics and Gynecology,189(4):901-5.

Rubes,J., Selevan,S.G., Everson,D.P., Zudova,D., Vazdova,M., Zudova,Z. ve ark.(2005). Episodic air pollution is associated with increased DNA fragmentation in human sperm without other changes in semen quality. Human Reproduction Vol.20, No.10,2776–2783.

Schoener CJ,Krysa LW (1996).The comfort and discomfort of infertility. *JOHNN,* 25(2):167-171.

Sevil Ü,Ertem G,Kavlak O,Çoban A (2006).The loneliness level of patient with gynecological cancer. *İnternational Journal of Gynecological Cancer,* 16 (Suppl.1):472-477.

Saydam,B.K.(2003).Türk Toplumunda Kısır Kadınların Statüsü.*Sağlık ve Toplum*,13(1),30-34.

Siemer,J., Theile,O., Larbi,Y., Fasching,P.A.,Danso,K.A., Kreienberg,R. ve ark.(2008). Chlamydia trachomatis Infection as a Risk Factor for Infertility among Women in Chana, West Africa.The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 78(2), 323-327.

Şahin,F.İ.(2006). Erkek İnfertilitesinde Genetik Yaklaşım.Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi,Cilt3,Sayı 3,147-151.

Sahin NH, Gungor I. Congenital anomalies: parents' anxiety and women's concerns before prenatal testing and women's opinions towards the risk factors .Journal of Clinical Nursing March 2008; 17(6):*827–83*

Turgut,M.(2005).Hidrosel ve tedavisinin infertilite ile ilişkisi. Androloji Bülteni,Sayı 23,311-313.

Taşkın L (2003).*Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Matbaacılık, VI.baskı, Ankara,446-450.

Tunç,L., Biri,H.,Tokgöz,H., İrkilata,L., Polat, F. ve Bozkırlı,İ.(2004).İnfertil Erkek Hastalarda Seksüel Fonksiyon Bozukluklarının Değerlendirilmesi.*Türk Fertilite Dergisi,*12:28-32.

Taşcı,E., Bolsoy,N., Kavlak,O., Yücesoy F.(2008). İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105-10.

T.C.Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Türkiye'de Kadının Durumu, Ankara, 2008

Upkong D,Orji E (2006).Nijerya'daki İnfertil Kadınlarda Ruh Sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi,*17(4):259-265.

Urman B (1997). İnfertilite. *Aile Planlamasında Temel Bilgiler*.T.C.Sağlık Bakanlığı,Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı,Damla Matbaacılık,Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ltd.Sti,İstanbul,251-262.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (2000).İnfertilite:Hizmetlerinin Düzenlenmesi.T.C.Sağlık Bakanlığı,Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,Ankara:Damla Matbaacılık,Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ltd.Şti.

Yenilmez Ç (2003).İnfertilite Olgularında Psikiyatrik Danışmanlık.İçinde Hassa H(Ed).*İnfertil Olgularda Klinik Yaklaşım ve IVF Laboratuar Uygulamaları,* Osmangazi Üniversitesi Yayınları,Yayın No:87,Eskişehir,353-368.

Yurtçu, N., Güvenal,T., Duran,B, Timuroğlu,T. ve Çetin,M.(2003).Kliniğimizde Takip Edilen İnfertil Kadınların Tanı Ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi.*Türk Fertilite Dergisi,*11:193-198.

Yeşiltepe O.Ü.,Beji Kızılkaya N (2001).İnfertilite Hemşiresinin Danışman ve Hasta Hakları Savunucusu Olarak Rolü. İçinde Beji Kızılkaya N (Ed*).İnfertilite Sorunu,Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı*.F.N.Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın No:4,Emek Matbaacılık,İstanbul,93-102

Yaralı,H. ve Esinler,İ.(2006).İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi.İçinde M.S.Beksaç (Ed.), *JİNEKOLOJİ;Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji.* Ankara:Medikal Network;926-931.

FORMLAR

EK I: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çocuk sahibi olamayan kişilerde yalnızlık duygusunun yaşandığı çalışmalarda bildirilmektedir. Bu çalışma infertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla size bir görüşme formu verilecektir. Bu formu sizden eksiksiz olarak doldurmanız istenmektedir.

Çalışmaya katılmak isterseniz, isim belirtmeniz gerekmeyecektir. Görüşme bilgileriniz bilimsel tez çalışması için kullanılacak ve araştırmacı ve danışmanı dışında hiç kimse bu bilgilere ulaşamayacaktır. Ancak tez raporu ve teze ilişkin bilimsel makale/ kongre sunusu yazılacaktır. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilirsiniz.

Konuya ilişkin herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki numaradan araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Arzu SÖMEK
İstanbul Üniversitesi
Florence Nigtingale Hemşirelik Y.O.
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Öğrencisi
0212 611 72 67
0544 656 28 66

EK II: Hasta Onay Formu

HASTA ONAY FORMU

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tüp Bebek Merkezi'nde yapılan "İNFERTİL BİREYLERDE YALNIZLIK DÜZEYİ VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ " konulu çalışma ile ilgili bilgiyi okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından çalışma bana sözlü olarak anlatıldı. Kendi isteğimle bu çalışmaya katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum.

Adınız-Soyadınız

İmza

EK III: İnfertil Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu

İnfertil bireylerde yalnızlık düzeyini belirlemek ve etkili faktörleri incelemek amacıyla yürüttüğüm çalışmaya katıldığınız ve formu dikkatle, eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür ederim.

Arzu SÖMEK (İ.Ü.Florence Nighingale HYO, Kadın Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi)

a1. Yaş:.....

a2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

a3. Eşinizin yaşı:.....

a4. Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

a5. Eşinizin eğitim durumu: Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

a6. Aile biçiminiz : Çekirdek aile
Eşimin ailesi ile birlikte yaşıyorum
Kendi ailem ile birlikte yaşıyorum

a7. Mesleğiniz:.....

a8. Şuan da herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet Hayır İş arıyorum

a9. Eşinizin mesleği:.....

a10. Şuan da eşiniz herhangi bir işte çalışıyor mu? Evet Hayır İş arıyor

a11. Sosyal güvenceniz var mı? Evet Evet ise; a11a.Nedir? .....
Hayır

a12 . Gelir durumu: Gelirim giderimden az
Gelirim giderime denk
Gelirim giderimden fazla

a13. Tedavi masraflarını kim karşılıyor?
Kendimiz
Sosyal güvencemiz
Bir kısmı kendimiz bir kısmını sosyal güvencemiz
Ailemiz

a14. Kaçıncı evliliğiniz? İlk 2 ve üstü ise;
a14a. Diğer evliliğinizden çocuğunuz var
a14b Diğer evliliğinizden çocuğunuz yok

a15. Eşinizin kaçıncı evliliği? İlk 2 ve üstü ise;
a14a. Diğer evliliğinden çocuğu var
a14b Diğer evliliğinden çocuğu yok

a16. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız? 18 ve altı 19-25 26-32
33-39 40 ve üstü

a17. Kaç yıllık evlisiniz? 1-5 6-10
11-15 16 ve üzeri

B.Cinsel Sağlık Öyküsü (Sadece kadınlar cevaplayacak)

b1. İlk adetiniz kaç yaşınızda oldu? .....yaş

b2. Adet düzensizliğiniz var mı? Evet Hayır
Evet ise; b2a.Tedavi oldunuz mu?.....

b3. Adet süresince ne gibi rahatsızlıklarınız oluyor? Normal
Ağrı
Fazla kanama
Diğer ……..

b4. Daha önce ciddi jinekolojik rahatsızlığınız oldu mu?

Evet Hayır Hatırlamıyorum
Evet ise; b4a. Nedir?……..

b5. Daha önce gebeliğiniz oldu mu? Evet Hayır
Evet ise; b5a. Sayısı……..

b6. Düşüğünüz ya da kürtajınız oldu mu? Evet Hayır
Evet ise; b6a.Sayısı ……..

b7. Ölü doğum yaptınız mı? Evet Hayır
Evet ise; b7a. Sayısı……..

b8. Yaşayan çocuğunuz var mı? Evet Hayır
Evet ise; b8a. Sayısı……..

C.İnfertilite ve Genel Sağlık Öyküsü

c1. Kaç yıldır çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?.....yıl

c2. Kaç yıldır infertilite polikliniğine geliyorsunuz?..... yıl

c3. Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyorsunuz?.....yıl

c4.İnfertilite polikliniğine genellikle kimlerle geliyorsunuz?

Kendim Eşim ile birlikte Diğer.....
Anne/Eşin annesi Arkadaş/Akraba

c5.İnfertilite tedavisi ile ilgili bilginiz var mı? Evet Hayır Yetersiz
c6. Hangi tedavi yöntemini kullanıyorsunuz?.....

c7. Daha önce başka bir tedavi yöntemi denediniz mi? Evet Hayır
Evet ise; c7a. Hangi yöntem.....

c8. İnfertilite nedeni kimden kaynaklanıyor?
Kendim Eşim
Her ikimizden Nedeni belli değil

c9. Çocuğunuzun olmaması sizi ve ailenizi nasıl etkiledi?

Hiçbir şey değişmedi
Çok üzülüyorum,mutsuzum
Sürekli ağlıyorum
Boşanmaktan korkuyorum
Diğer.....

c10.Neden çocuk istiyorsunuz?

Analık/babalık duygusunu tatmak için
Evliliğimi sürdürmek için
Soyumuzun devamı için
Ekonomik güvence olduğu için,işe yardım
Miras bırakmak için
Diğer.....

c11.İnfertilite durumuna eşinizden destek var mı? Evet Hayır

c12. İnfertilite durumuna ailenizden destek var mı? Evet Hayır

c13. İnfertilite cinsel yaşantınızda değişikliğe neden oldu mu? Evet Hayır
Evet ise;c13a Nedir?.....

c14. Psikolojik desteğe ihtiyacınız var mı? Evet Hayır

EK IV: UCLA-LS Yalnılzık Ölçeği

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkla hissettiğinizi ve düşündüğünüzü, her biri için tek bir kutuyu işaretleyerek belirtiniz

		Ben bu durumu HİÇ yaşamam	Ben bu durumu NADİREN yaşarım	Ben bu durumu BAZEN yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK yaşarım
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum				
2	Arkadaşım yok				
3	Başvurabileceğim hiç kimsem yok				
4	Kendimi tek başınaymış gibi hissetmiyorum				
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum				
6	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yanım var				
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim				
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.				
9	Dışa dönük bir insanım				
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var				
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum				
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.				
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor				
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum				
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim				
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var				
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum				
18	Çevremde insanlar var ama benimle değiller				
19	Konuşabileceğim insanlar var				
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var				

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı : 540
Konu :

İstanbul .....08.Ocak/2008.....

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
Personel Daire Başkanlığına

İLGİ: 26.10.2007 tarihli, 27854 sayılı yazımız.

Florance Nigtingale Hemşirelik Yüksekokul Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.NEVİN HOTUN ŞAHİN'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi ARZU SÖMEK'in yürüteceği "İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması 06 Kasım 2007 tarihinde Toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen hemşirelik yüksekokuluna bildirilmesini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM
Dekan Yardımcısı ve Etik
Kurul Başkanı

EKİ:
1 dosya

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Arzu	**Soyadı**	SÖMEK
Doğ.Yeri	Azdavay/Kastamonu	**Doğ.Tar.**	15.12.1984
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	13397544040
Email	littleangel_sus@yahoo.com	**Tel**	05446562866

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Bağcılar Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	2002

İş Deneyimi

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Eğitim Hemşiresi	Medical Park Hastanesi/Bahçelievler	2008-
2.	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Medical Park Hastanesi/Bahçelievler	2007-2008
3.	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi	Bakırköy Acıbadem Hastanesi	2006-2007
4.	Öğrenci Hemşire	İ.Ü.Çapa Tıp Fakültesi Cerrahi Servisi	2004-2005

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	ÜDS/50	

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	55.492	54.826	54.160

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Word, Power Point, Excell	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Ödüller

- "Prof.Dr.Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü", İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nun düzenlediği III. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencileri Araştırma Projesi,16 Mayıs 2005

Sertifikalar

- T.C. Sağlık Bakanlığı Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (2-4 Kasım 2006)

Ulusal Ve Uluslararası Yayın Ve Etkinlikler

- **Sömek A,** Kayar H,Yıldırım G.;Doğum Ağırlığı ile Doğum Ağrısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *IV.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi* Poster Bildirisi, ,Ordu Sağlık Yüksekokulu, 5-6 Mayıs 2005
- Yıldırım G, **Sömek A,** Kayar H. Yenidoğanın Kilosu İle Doğum Ağrısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Hemşirelik Dergisi*, Cilt 15, Sayı 57, 2006
- Şahin, NH. Güngör İ, **Sömek A.** The view of women related to delivery method and determining to early postpartum period: A Private hospital sample. *5th.International Congress of Reproductive Health & Family Planning,* April 19-22,2007, Ankara p.356-357
- Şahin NH, Güngör İ, **Sömek A.** Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örneklemi., *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (4) : 197-204,2007.
- N.H. Şahin, M Dişsiz, **A Sömek,** H Dinç. Sağlik Çalişanlarinin Aile İçi Şiddet Konusunda Yaklaşimlarinin Belirlenmesi *I. Kadin Sağliği* "Kadina Yönelik Şiddet" *Kongresi* 20-22 Mart 2008,Ankara *(* Sözlü Bildiri)
- Ozcan S, Sahın, NH, Bılgıc D, Yılmaz,S, **Somek,A**. *Reproductıve Health Of Turkısh Women Wıth Dıabetes 44th EASD Annual Meeting Rome, Italy* (7 - 11 September 2008)(Seçilmiş sözlü bildiri)

Katıldığı Kongre ve Seminerler

- IV.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Ordu Sağlık Yüksekokulu, 5-6 Mayıs 2005, Ordu.
- Medical Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 22-23 Aralık 2005, İstanbul.
- 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara
- 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, "İnfertilite Hemşireliği Programı",19 Nisan 2007, Ankara
- 1.Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Ebelik Sempozyumu, 03-04 Mayıs 2007, İzmir.
- "Üriner Stomalarda Bakım" Kursu, Üroloji Hemşireliği Derneği, 30-31 Mayıs 2007, İstanbul
- Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 10-11 Ocak 2008, İstanbul
- Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 7-8 Şubat 2008, İstanbul
- Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 6-7 Mart 2008, İstanbul
- 1.Kadın Sağlığı Kongresi "Kadına Yönelik Şiddet", 20-22 Mart 2008, Ankara
- İstanbul Tıp Fakültesi İnfertilite ve Perinatoloji Günleri- Hemşirelik Programı, 26 Mart 2008, İstanbul
- Adolesan Sağlığı-II Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 27-28 Mart 2008, İstanbul

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Spor yapmak (aletli), plates, kitap okumak, gezmek vs.