

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
1. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Uzm. Dr. Nihat ALPAY

**İNFERİLİTEDE ANKSİYETE, DEPRESYON,
STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, SÜREKLİ
ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI
AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Dr. Tülay ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK

İSTANBUL- 2011

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
1. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT
Klinik Şefi: Uzm. Dr. Nihat ALPAY

**İNFERİLİTEDE ANKSİYETE, DEPRESYON,
STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, SÜREKLİ
ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI
AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Dr. Tülay ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK

İSTANBUL- 2011

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. TULAY ÖZTÜRK

UZMANLIK DALI: PSİKIYATRI

TEZİN ADI: İNFERTİLİTE' DE ANKSİYETE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI

1-Sayfa Sayısı: : 133
2-Tablo Sayısı : 55
3-Şekil Sayısı: : 6
4-İstatistik Sayısı: : 8
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 134
6-Yazı Tertibi : BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı : ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Uz. Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şefi
Sicil No: 17504

Üye

Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef Yardımcısı
Sicil No: 45313

Üye

Uz. Dr. Nesrin Buket TOMRUK
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Klinik Şef Yardımcısı
Sicil No: 28263

ONAY
.....2011
Doç. Dr. Erhan KURT
Başhekim

I. ÖNSÖZ

Hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Erhan KURT'a,

Asistanlık eğitimimde çok büyük emeği ve desteği olan, engin bilgi ve deneyimlerinden bolca faydalandığım ve uzun yıllar faydalanmaya devam edeceğim klinik şefim Dr. Nihat ALPAY'a, Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na, Dr. Reşit KÜKÜRT'e, Dr. Çağatay KARŞIDAĞ'a, Dr. Umut Mert AKSOY'a,

En olumsuz şartlarda bile umut veren, yüreklendiren, yol gösteren, duyarlı ve anlayışlı tez danışmanım Dr. Nesrin Buket TOMRUK'a,

Rotasyon eğitimlerim sırasında yanlarında çalıştığım ve kendilerinden çok şey öğrendiğim; Doç. Dr. E. Timuçin ORAL, Doç. Dr. Duran ÇAKMAK, Prof. Dr. Hayrettin KARA, Dr. Niyazi UYGUR, Dr. Ayla YAZICI, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ, Prof. Dr. Nahit MOTAVALLI MUKADDES, Doç. Dr. N. Özlem KAPTANOĞULLARI'na,

Bu çalışma için hasta bulmamda yardımcı olan Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Üroloji Polikliniği çalışanlarına, Dr. Hamide UMARUSMAN ve Dr. Necati GÜRBÜZ'e,

Tezimin her aşamasında emeği bulunan, yaşamıma yeni bir anlam ve güzellik katan Hatice ALİBAŞOĞLU'na,

Dostluklarına çok kıymet verdiğim ve birlikte çalışma şansı bulduğum Evrim E. ÖZTEKİN YILMAZER, Bilge AŞKAN PARLAKOĞLU, Engin ÇAKMAK ve Özlem AK ARSLAN'a

H1 servisinde birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım asistan arkadaşlarıma,

H1 servisi sorumlu hemşiresi Semra ENGİNKAYA ve tüm hemşirelerine,

Tüm H1 çalışanlarına,

Mesleğimi severek yapmamda en büyük payı olan ve her an kendimi sorgulamamı sağlayan hastalarım,

Hep yanımda olan, desteğiyle bana her zaman güç veren, sabırlı ve fedakâr aileme,

Birlikte yaşlanmanın güzelliğini benimle paylaşan, kıymetlim, sevgilim, eşim Öner ÖZTÜRK'e,

Tatlı kızım Firuzem'e

Çok teşekkür ederim.

Tülay ÖZTÜRK

II. İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	VI
V. KISALTMALAR.....	VIII
VI. TABLO LİSTESİ.....	IX
VII. GRAFİK LİSTESİ.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
İNFERTİLİTEDE PSİKOJENİK HİPOTEZ.....	6
BİYOPSİKOSOSYAL İNFERTİLİTE TEORİSİ.....	9
NEDENSEL FAKTÖR OLARAK STRES.....	13
STRES VE DOĞURGANLIĞIN ETKİLEŞİM YOLLARI.....	14
İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ÖNCESİNDE STRES YÖNETİMİ UYGULANMASI İÇİN ETİK VE TEKNİK NEDENLER.....	16
PSİKOLOJİK MÜDAHALELERİN DOĞURGANLIK SONUÇLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ.....	17
İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK SONUÇLARI.....	20
İNFERTİLİTE VE ÖFKE.....	23
İNFERTİLİTE VE CİNSİYET FARKLILIKLARI.....	24
İNFERTİLİTEDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33

4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA.....	88
6. SONUÇLAR.....	109
7. KAYNAKLAR.....	114
8. EKLER	123

III. ÖZET

İNFERİLİTEDE ANKSİYETE, DEPRESYON, STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI

Dr. Tülay ÖZTÜRK

AMAÇ: Tedavi için başvuran infertil kadın ve erkeklerin anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi, kadın ve erkek infertillerdeki yaygınlığının karşılaştırılması, sürekli öfke düzeyi, öfke ifade biçimi ve stresle baş etme yöntemleri açısından cinsiyet farklılığı olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi infertilite ve androloji polikliniklerinden; infertilite tanısı konulup tedavisi invaziv olmayan tedavi yöntemleri ile planlanma aşamasında olan, bilgilendirilmiş onay formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden 80 kadın ve 50 erkek infertil hastaya; Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-S), Spielberger'in Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerde; depresif semptomlar klinik depresyon tanısı konulabilecek şiddette olmayıp, durumluk kaygı düzeyi normal sınırlarda, sürekli kaygı düzeyi ise yüksek bulunmuştur. Sürekli kaygı kadınlarda, erkeklerden anlamlı oranda daha yüksektir. Hem kadın hem de erkek katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar ile STAI-S'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Katılımcılar, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinde (COPE) ağırlıklı olarak işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmışlar, kadın ve erkekler karşılaştırıldığında kadınlar, “duygusal sosyal destek kullanımı” ile “soruna odaklanma

ve duyguları açığa vurma” alt ölçeklerinde erkeklerden daha yüksek puan almışlardır. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kadınlarda; işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile sürekli öfke düzeyi ve dışa yansıtılan öfke arasında; işlevsel başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile de öfke kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile sürekli kaygının pozitif yönde anlamlı biçimde etkileştiği,

Erkeklerde; işlevsel başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile hem sürekli öfke hem de dışa yansıyan öfke arasında; işlevsel ya da işlevsel olmayan tüm başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile de sürekli kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ile “dini olarak başa çıkma” tutumunun öfke kontrolü ile pozitif yönde etkileştiği saptanmıştır.

SONUÇ: İnfertil kadın ve erkeklerde depresyon tanısı konulacak düzeyde depresif semptom bulunmadığı, durumluk kaygılarının normal, sürekli kaygılarının kadınlarda daha belirgin olmak üzere yüksek olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimi açısından aralarında farklılık olmadığı, infertil kadınların; duygularını ifade etmeye eğilimli ve işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmak konusunda erkeklere göre daha yetersiz oldukları, erkeklerin; işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanma oranları ile sürekli ve dışa yansıyan öfkelerinin pozitif yönde etkileştiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: İnfertilite, öfke düzeyi, öfke ifadesi, başa çıkma, anksiyete, depresyon, cinsiyet farklılığı.

IV. ABSTRACT

GENDER DIFFERENCES IN INFERTILITY IN TERMS OF ANXIETY, DEPRESSION, TRAIT ANGER, ANGER EXPRESSION AND COPING WITH STRESS

Dr. Tülay ÖZTÜRK

OBJECTIVE: The purpose of this study is to evaluate infertile women and men that apply for infertility treatment in terms of anxiety and depression, to assess the prevalence of anxiety and depression among infertile women and men, and the gender differences regarding to trait anger, anger expression and coping mechanisms.

METHOD: The study included 80 infertile women and 50 infertile men that were admitted to the infertility and andrology outpatient clinics of Dr. Sadi Konuk Teaching and Training Hospital, for whom noninvasive treatment methods had been planned. Subjects who agreed to take part in the study signed an informed consent form. All participants were administered a sociodemographic data form, the Beck Depression Inventory (BDI), the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S and STAI-T), Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and the COPE scale.

RESULTS: Among all participants, the depressive symptoms were not severe enough to make clinical diagnosis of depression, the state anxiety levels were considered normal, whereas the trait anxiety levels were significantly higher . The trait anxiety levels were significantly higher in women than men. Positive correlation between BDI and STAI-S scores both in men and women was detected.

According to the COPE scale, subjects mostly showed functional coping mechanisms, when gender differences were assessed, women mostly scored higher in “seeking of emotional social support” and “focus on and venting of emotions” subscales. There was no statistically significant gender difference regarding trait anger, anger expression

inventory.

In women; there was a positive correlation between nonfunctional coping mechanisms and trait anger and anger expression; functional coping mechanisms and anger control; also, focusing on and venting of emotions was positively correlated with trait anxiety.

In men; using functional coping mechanisms was positively correlated with trait anger and anger expression. Also, both functional and nonfunctional coping strategies were positively correlated with trait anxiety, such as "positive reinterpretation", and "turning to religion" attitudes were positively correlated with anger control.

CONCLUSION: To conclude, infertile women and men did not appear to have severe enough depressive symptoms to clinically diagnose depression, showed normal state anxiety levels, trait anxiety levels were higher in both sexes, being slightly higher in women than in men; trait anger and anger expression did not differ between women and men, infertile women; tended to express their emotions but were less successful in using functional coping mechanisms when compared to the opposite sex, in men; functional coping mechanisms were positively correlated with trait anger and anger expression.

KEYWORDS: Infertility, trait anger, anger expression, coping, anxiety, depression, gender differences

V. KISALTMALAR

- ACTH** : Adrenocorticotropic Hormone
- BDE** : Beck Depresyon Envanteri
- COPE** : Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leği
- CRM** : Conveyer of Modulating Radiance Therapy
- HPA** : Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Eksen
- HPG** : Hipotalamo-Pituiter-Gonadal Eksen
- HSG** : Histerosalpingografi
- GnRH** : Gonadotropin Releasing Hormone
- İCSI** : İnteritoplazmik Sperm Enjeksiyonu
- IVF** : İn Vitro Fertilizasyon
- NK** : Natural Killer
- NO** : Nitrik Oksit
- STAI-D** : Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri
- STAI-S** : Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri
- YÜT** : Yardımcı reme Teknikleri
- ZİFT** : Zigot İntrafallopian Transfer

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı	40
Tablo 2: Katılımcıların Evliliklerine Yönelik Bilgiler	42
Tablo 3: Psikiyatrik Rahatsızlık ve Madde Kullanım Öyküsü	43
Tablo 4: İnfertiliteye İlişkin Dağılımlar	43
Tablo 5: Katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık Dağılımı.....	44
Tablo 6: Kadın Katılımcılarla İlgili Dağılımlar	44
Tablo 7: Cinsiyet Değişkenine Göre Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	45
Tablo 8: Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Evliliklerine Yönelik Bilgiler	46
Tablo 9: Cinsiyet Değişkenine Göre İnfertilite Bilgileri	47
Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık Dağılımı	48
Tablo 11: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Alınan Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı	49
Tablo 12: Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Alınan Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı	49
Tablo 13: Beck Depresyon Envanterinden Alınan Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı	50
Tablo 14: Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Alınan Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı	50
Tablo 15: Cinsiyet Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 16: Kadın ve Erkek Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması.....	52
Tablo 17: Kadın ve Erkek Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	53
Tablo 18: Kadın ve Erkek Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli	

Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması	53
Tablo 19: Yaşa Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 20: Yaşa Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	56
Tablo 21: Yaşa Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	56
Tablo 22: Yaşa Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	57
Tablo 23: Eğitim Düzeyine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 24: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	60
Tablo 25: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	61
Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	62
Tablo 27: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	64
Tablo 28: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	65
Tablo 29: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	65
Tablo 30: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması ...	66
Tablo 31: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	67
Tablo 32: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	68
Tablo 33: Aile Biçime Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	69
Tablo 34: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 35: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	71
Tablo 36: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	72

Tablo 37: Evlilik Biçime Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	72
Tablo 38: İnfertilite Süresine Göre Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 39: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	75
Tablo 40: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	75
Tablo 41: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	76
Tablo 42: İnfertilite Sebebinin Bilinme Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	77
Tablo 43: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	78
Tablo 44: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	78
Tablo 45: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	79
Tablo 46: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 47: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	80
Tablo 48: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	81
Tablo 49: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması....	81
Tablo 50: Cinsiyete göre Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Beck Depresyon ve Spielberger Kaygı Envanteri İlişkileri	82
Tablo 51: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri ve Spielberger Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki	82
Tablo 52: Kadın katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	83
Tablo 53: Erkek katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle	

Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	84
Tablo 54: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri, Spielberg Kaygı Envanteri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	85
Tablo 55: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri, Spielberg Kaygı Envanteri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	86

VII. GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Grafik 1: Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	41
Grafik 2: Katılımcıların yaşlara göre dağılımı	41
Grafik 3: Katılımcıların aile biçimine göre dağılımları.....	42
Grafik 4: Spielberger sürekli öfke ve öfke irade tarzı ölçeği	52
Grafik 5: Cinsiyete göre BDE puanlarının karşılaştırılması.....	53
Grafik 6: Cinsiyete göre STAI-D/STAI-S puanlarının karşılaştırılması.....	54

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnfertilite, çiftlerde korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen bir yıllık sürenin sonunda kadının gebe kalamaması ya da gebeliklerin canlı doğumla sonuçlanamaması olarak tanımlanır (1). Kadının 35 yaş ve üzerinde olduğu çiftler ile, gebeliklerin tekrarlayan düşüklerle sonuçlandığı çiftler için 6 aylık süre tanı için yeterli kabul edilmektedir (2). Doğum kontrolü kullanmayan çiftlerde gebe kalma oranları, ilk ay içinde % 25 iken, 6 ay içinde % 63 ve bir yıl içinde % 80'ler civarında beklenmektedir (3). İnfertilite, farklı bölgelerde % 5 ila % 30 arasında değişen oranlarda görülmekle birlikte, her on çiftten birinin infertil olduğu ve tıbbi bir sorun olarak dünyanın tüm bölgelerinden yaklaşık 80 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (2). İnfertilite, esas olarak üreme sistemine zarar veren bulaşıcı hastalıkların sıklığı ve infertilite tedavisinin yapılamaması ya da olanakların sınırlı olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın bir sorundur.

İnfertilite vakalarının yaklaşık olarak % 10'unda kadın ya da erkekte açıklayıcı bir neden bulunamamakta ve idiopatik olarak kalmaktadır. Açıklayıcı bir neden bulunabilen grubun yaklaşık üçte biri kadınları, üçte biri erkekleri etkileyen faktörlerle ilişkilendirilmekte, üçte birlik kısmı da çiftlerin her ikisinin problemlerinin bileşiminden kaynaklanmaktadır (2). İnfertilitenin nedeninin araştırılması süreci, hem kadınlar hem de erkekler için birçok tanısal testleri içeren ve tamamen tüketen bir uygulama haline gelebilmektedir. Uygulanan işlemler çiftler tarafından, fiziksel olarak yaralayıcı ve duygusal anlamda küçük düşürücü olarak algılanmaktadır (4).

Tüm dünyada, infertilite hizmetleri için talep gün geçtikçe artmaktadır. ABD'de her yıl yaklaşık olarak 1,3 milyon çift infertilite nedeniyle tıbbi öneri ya da tedavi almaktadır (2). Tedaviye başlayanların neredeyse yarısı stres, korku ve süreç hakkındaki kararsızlık nedeniyle ilk görüşme sonrasında tedaviyi bırakmaktadır (5). Tedavi arayan ya da tedaviye devam etmekte olan çiftlerin % 50'si çocuk sahibi olmakta, diğer % 50'si ise biyolojik olarak çocuk sahibi olamayacakları gerçeğini kabullenmek zorunda kalmaktadır. İnfertilite tedavisi alan kişilerden % 85- 95'i ilaç tedavileri ya da cerrahi

girişim gibi geleneksel yöntemlerle, % 3'ü İn Vitro Fertilizasyon (IVF) yöntemi ile tedavi edilmektedir (2).

Batılı toplumlarda birçok kadının yüksek eğitime devam etmiş ve işgücüne katılmış olması nedeniyle çocuk sahibi olma kararını ertelemesi sonucu infertilitenin çok yaygın seviyeye ulaştığına dair bir algı vardır. Her ne kadar infertilite sadece yaş ile ilgili bir durum olmasa da, yaş ve infertilite arasındaki ilişki belirgindir. Örneğin ABD'deki evli kadınlar arasında infertilite, 15- 29 yaş arası kadınlarda yaklaşık olarak %11, 30-34 yaş arası kadınlarda % 17, 35-39 yaş arası kadınlarda % 23 ve 40- 44 yaş arası kadınlarda % 27 sıklıkta görülmektedir (2). Batılı toplumlarda popüler basın infertilite hakkındaki halk farkındalığını artırdığı halde, modern çiftlerin çocuk sahibi olmayı ertelemelerinin pratik nedenleri hala geçerliliğini sürdürmektedir. Genç çiftler çocuk sahibi olmadan önce ilişkisel ve ekonomik istikrara ihtiyaç duyduklarını ifade etmekte ve fertilitate problemleri ile karşılaştıklarında modern tıbbın bir çözüm sunacağına inanmaktadırlar (6).

Yetişkin gelişiminin ve kimliğinin önemli bir parçası üreme yeteneğine sahip olmaktır. Gebeliğin kolayca gerçekleşmemesi çiftlerde, şaşkınlık ve öfkeye yol açabilmektedir. İnfertilite ile yüzleşme, bir çiftin dünyasındaki düzen algısı için fazlasıyla alt üst edici olabilir (7). İnfertil hastaların çoğu, özellikle de kadınlar, infertilite değerlendirmesini ve tedavisini hayatlarının en üzücü deneyimi olarak tanımlarlar (8). Genellikle çiftlerden sadece biri tıbbi teşhis almasına karşın, infertiliteyi her iki eş için stres kaynağı olarak kavramlaştırmak daha doğru olur. Bugüne kadarki araştırmalar; ebeveynliğin önemine dair paylaşılmış inançlar, çiftin kimliği ile ilgili sorunlar, tedavinin günlük stresi, sürece dair alınması gereken kararlarla ilgili tartışmalar ve tıbbi sonucun kabullenilmesi gibi aşamalarla, çiftin psikososyal işlevselliğinin her yönünün infertilite deneyiminden etkilendiğini göstermektedir. İnfertilite, çiftlerin sağlığında olduğu kadar evlilik üzerinde de kalıcı etkiler bırakan ve evrensel bir şekilde, son derece stres verici olarak kabul gören bir faktördür (9).

İnfertilite, öfke duygularına neden olabilir. Kişilerde şaşkınlık, inkar, suçluluk, hayal kırıklığı, izolasyon, kişisel ve sosyal başarısızlık, kontrol kaybı, anksiyete ve evlilikle ilgili memnuniyetsizlikler ortaya çıkabilir (9).

Whiteford ve Gonzalez, infertilite ile baş etme sürecini tanımlamak için

“duygusal hız treni” metaforunu kullanmıştır (10). İnfertilite tedavisi menstrüasyon döngüsüne bağlı olduğu için, çiftler her ay “bu ay” tedavi başarılı olacak şeklinde bir hisse kapılırlar. Sıklıkla bu umutluluk hali, çift çok fazla zaman, enerji, umut ve para harcadıktan sonra hamilelik gerçekleşmediğinde umutsuzluğa dönüşür. Yani infertilite, çiftlerin biyolojik işlevleri ve duygusal yaşantıları üzerindeki kontrolü yeniden kazanmak için defalarca girişimde bulunmaları, bir kayayı zirveye kadar yuvarlamaya mahkûm edilen ve her seferinde yuvarladığı kaya tam doruğa ulaşacakken geri yuvarlanan mitoloji kahramanı Sisifos’unkine benzer bir çileye dönüşmektedir.

Bazı çalışmalarda depresyon, anksiyete ve sıkıntı düzeyleri, Yardımcı Üreme Tekniği (YÜT) uygulamaları ile gebe kalma şansının azalmasıyla ilişkili bulunmuşken diğer bazı yazarlar, kadınların ruhsal sıkıntılarıyla YÜT uygulamaları sırasında gebe kalma şansları arasında bir ilişki bulamamıştır. Sistemik derlemeler bu çelişkili bulguları özetlemiş ve psikososyal sıkıntı, etkin olmayan baş etme stratejileri, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörlerin kişinin hamile kalma şansını düşürebileceği sonucuna varmıştır (11).

Çalışmamızın amacı, infertil kadın ve erkekleri anksiyete ve depresyon açısından değerlendirerek, kadın ve erkek infertillerdeki yaygınlığını karşılaştırmak, sürekli öfke düzeyi, öfke ifade biçimi ve stresle baş etme yöntemleri açısından cinsiyet farklılığı olup olmadığını araştırmaktır. Elde edilecek bulgularla, infertil kadın ve erkeklerde olası anksiyete ve depresyon semptomlarına yönelik tedavi gerekliliğini değerlendirmek, uygulanacak tedavilerde sürekli öfke düzeyi, öfke ifade biçimi ve stresle baş etme yöntemlerindeki olası farklılıkların dikkate alınmasını sağlamak, her iki cinse yönelik uygulamaların hassas ve kendine özgü uygulamalar olması için gerekli noktaların altını çizmek hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

SOSYOKÜLTÜREL ALTYAPI VE İNFERTİLİTE

Sanayileşmemiş toplumlarda çocuk sahibi olmak, ekonomik olarak varlığını sürdürmenin ve aile yaşlılarının bakımının üstlenileceğinin bir güvencesidir. Kadınların işgücüne katılımındaki artış ve çift gelirliliğe doğru artan eğilime rağmen, dünyadaki kültürel ortam biyolojik ebeveynliğin rolü üzerine yüksek bir değer atfeder (6). Fertilité ve ebeveynlik rolünün değeri öyle değişmezdir ki, modern toplumlarda bile infertil bireyler bu süreçte kendilerini oldukça yalnız hissederler. Çoğu kültürde bireyler çocuk sahibi olamamalarını; statü kaybının, kusurluluğun ve yetersizliğin bir işareti olarak algırlarlar (2). Anlaşılır biçimde infertilite gibi üzücü bir durumu yorumlamak için, birinin sorumlu olduğuna inanma eğilimi doğal bir tutumdur ve toplumda yerleşmiş bir algıdır. Çiftlerin çoğu için çocuk sahibi olmada yetersizlik, kadın partnerde doğuştan gelen bir problemin olması şeklinde düşünülür. Bu mefhum, tarih öncesi yaşam verme ve alma gücüne sahip dişi ilahlardan, yaşam ve toprağın yenilenmesini kontrol eden bereket tanrıçalarını kapsayan klasik mitolojilere kadar geniş bir alanda da tasvir edilmiştir. Kültürel inanç sistemlerinin çoğu, üremeye bir şekilde otokontrol ya da belirli davranışlar tarafından ortam sağlandığını kabul etmektedir. Sewpaul'ün 1999'da yayınlanan makalesinde, infertilite algısına ilişkin;

- 1- Yanlış uygulamalar için cezalandırma
- 2- Yaşamdaki daha yüksek amaçlar için hazırlanan bir kader
- 3- Kişinin yaşamını, değerlerini ve tanrı ile ilişkisini yeniden değerlendirmesi için bir fırsat
- 4- İnsan anlayışının ötesinde bir durum şeklinde tanımlamalar yapılmıştır (12).

On yıl öncesine kadar infertilitenin psikolojik ve sosyal sonuçlarına dair araştırmalar öncelikli olarak Batı Avrupa'da ve diğer Batı toplumlarında

gerçekleştirilirken, geçen on yılda infertilitenin psikolojik ve sosyal boyutları, Afrika, Asya ve Orta Doğu dahil batılı olmayan toplumlarda da ilgi çekmeye başlamıştır (13). Çalışmalar arasındaki ilk karşılaştırmalar batılı olmayan toplumlarda yaşayan infertil çiftlerde duygusal stres oranının, batılı infertil çiftlerdekine kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (14). Duygusal stresteki artış oranı, üremeye dair başarısızlığın sosyo-kültürel anlamı nedeniyle, infertilitenin sonuçlarının daha ciddi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sosyokültürel sonuçlar; ciddi sosyal etiketlenme ve dışlanma, evlilik içi ya da sosyal şiddet, zorla boşanma ve ikinci eşlerin ortaya çıkmasında artıştır. Ancak bu durumlarda, yasal ya da ahlaki kurallar, geleneksel ve dini adetler, doğum yanlılığı derecesi, akrabalık sistemleri-aile-evlilik bağlarındaki farklılıklar nedeniyle, batılı olmayan toplumlar arasında da önemli oranda farklılıklar bulunmaktadır.

Yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar, batılı olmayan ancak batı kültürünün egemen olduğu topraklarda yaşayan infertil çiftlerdeki stres oranına odaklanmış; batılı olmayıp batı kültürüne göre yaşayan infertil çiftlerin, batılı çiftlerden daha fazla duygusal stres bildirdiği gösterilmiştir (15). Yeni ilgi alanı, batı toplumlarında yaşayan infertil göçmenlerin bu süreçten nasıl etkilendiğidir. Farklı kültürü olan bir ülkede göçmen olarak yaşamak infertilitenin anlamını değiştirebileceği için infertiliteye bağlı stresin seviyesinin değişmesi de beklenebilir. Bir yandan infertilitenin anlamı batıların algısına yaklaşarak infertiliteye bağlı stresi azaltabilirken, diğer yandan, göçmenlerin geleneksel değer ve inançlarına daha düşkün olmaları nedeniyle bu durum daha fazla duygusal stres yaşamalarına neden olabilecektir (16).

Yakın zamanda, infertilite probleminin kültürel boyutunu değerlendirebilmek amacıyla, Hollanda'da yaşayan infertil Türk göçmen kadın ve erkeklerin duygusal sıkıntısını, Hollanda'da yaşayan infertil Hollandalı kadın ve erkeklerin ve Batı Türkiye'de yaşayan infertil kadın ve erkeklerin sıkıntı oranları ile karşılatıran bir çalışma yapılmıştır (16). Türkiye'deki baskın kültür de doğum yanlısı bir kültür olarak tanımlanabilir. Çocuksuzluk bir eksiklik olarak görülmektedir ve çocuk sahibi olmak yönündeki sosyal baskı yaygındır. Çocuk sahibi olmak sosyal bir norm ve yetişkinin kimliğine katkıda bulunan bir unsur olarak görülmektedir. Çocuk sahibi olmamayı tercih etmek Türk göçmenler arasında pratik olarak bulunmadığı için infertilite, yerli Hollandalı popülasyona kıyasla Türk göçmenler arasında daha çok göze çarpan ve daha az gizlenebilen bir durumdur. Bunun bir sonucu olarak, infertil Türk göçmenler infertil

Hollandalılardan daha fazla etiketlenir ve daha fazla sosyal baskı hissederler. Dahası, Türk göçmenler görece daha erken yaşta çocuk sahibi olmaya başladıkları için Hollandalı benzerlerine kıyasla infertilite ve infertilite ile ilgili sıkıntıyla daha erken yaşlarda karşılaşmak durumunda kalırlar (16). Türk göçmenlerin sosyal baskı nedeniyle infertilite tedavisine, infertil oldukları anlaşıldıktan kısa bir süre sonra başladıklarına dair bilgiler vardır (17). Bu çalışmanın sonuçları, infertil göçmen Türk kadınları arasındaki duygusal stres seviyesinin genel olarak Hollandalı infertil kadınlardan ziyade, Türkiye’de yaşayan infertil kadınlara yakın olduğunu göstermektedir. Türkiye’de yaşayan infertil kadınlar ve infertil göçmen kadınlar, Hollandalı infertil kadınlardan daha yüksek duygusal stres seviyesi bildirmişlerdir. Kınanma ve suçluluk duyguları, göçmen Türk kadınları için, Türkiye’de yaşayan kadınlardan daha az önemli bulunmuş, buna ek olarak, önemli oranda suçluluk ve kınanma hisseden kadınların sayısı Türkiye’de yaşayan kadınlarda göçmen Türk kadınlardan daha fazla saptanmıştır. Türk göçmen erkekler, Hollandalı erkeklere kıyasla Türkiye’de yaşayan erkeklere biraz daha benzer bulunmuş ancak, bu farklılığın çok anlamlı olmadığı, örneklem arasında anksiyete ve benlik imgesi açısından farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Göçmen Türkler ve Türkiye’de yaşayan kadın ve erkeklerdeki artmış duygusal stresin nedeni, çocuk sahibi olmanın sosyal önemine bağlanmıştır. Türklerle yapılan diğer çalışmalar da, duygusal stres ile infertil Türk kadınlarına yapılan sosyal baskı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (16).

İNFERTİLİTEDE PSİKOJENİK HİPOTEZ

Emosyonel distres ve infertilite arasındaki ilişki pek çok yazar tarafından incelenmiştir ancak infertilite ve psikolojik faktörlerin ilişkisini saptamaya yönelik çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. İnfertilitenin psikolojik özellikleri ile ilgilenen çalışmalar, birbiri ile çatışan iki teorik model üzerine kurulmuştur: Bunlardan ilki psikopatolojiyi infertilitenin sebebi olarak görürken diğeri sonucu olarak görmektedir (18).

Başlangıçta infertilite üzerine psikosomatik araştırmalar, fertilitte bozukluklarının psikolojik sonuçlarından çok, potansiyel psikolojik nedenleri üzerine odaklanmış ve “psikojenik infertilite modeli” (18) üzerinde durulmuştur. İlk model psikodinamik

eğilimli bir modeldir ve 1950'lerden başlayarak bir dizi yazar, özellikle açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda, gebeliği etkileyen ya da önleyen olası bir faktör olarak bilinçdışı çatışmaları araştırmıştır. İnfertil kadınlarla yapılan psikanalitik terapi seanslarının ayrıntılı vaka tanımlamalarından; karşılanmamış çocuk isteğinin, annelik rolü ile ilgili bilinçdışı çatışmaların bir ifadesi olduğu şeklinde bir sonuç çıkarılmış, infertilite ile ilgili şikayetlerin altında her zaman latent bir psikolojik çatışmanın yattığı ileri sürülmüştür. Bu çalışmalara yöneltilen eleştiri, o dönemde baskın olan psikopatolojik perspektife oturan çok büyük önermelerde bulunmak için, bireysel vakalardan veya az sayıda hastadan edinilen gözlemleri kullandıkları şeklinde olmuştur (19).

Psikanaliz ve infertilite üzerine son eleştirel derlemelerinde, psikanalist Apfel ve Keylor özetle, infertil kadınların psikanalitik tedavilerinden çıkan ve nedensel olduğuna inanılan temaların; cinsellik ve gebelik üzerine bilinçdışı korkular ve çelişkiler, kişinin doğurganlık kaderi ile dişilik/annelik kimliğinin reddini kapsadığını ancak, bu temaların istemli veya istemsiz şekilde gebeliği olan kadınların analizinde de bulunduğunu ve bununla birlikte ciddi psişik problemleri olan kadınların da kolaylıkla hamile kalabildiklerini belirtmişlerdir (20).

1980'ler boyunca araştırmalar mutlak psikojenik modelden, açıklanamayan infertilitenin psikojenik kaynaklarına ilişkin bir modele doğru gelişme göstermiştir. Çalışmalar, tıbbi olarak açıklanamayan infertilitesi olan kadınların diğer gruptaki kadınlara göre daha anksiyöz ve depresif, daha sık kişiler arası güvensizlik ve olgunlaşma korkusu yaşayan, daha memnuniyetsiz, somatizasyona daha yatkın, kendilerinden ve yaşam tarzlarından daha tatminsiz olduklarını ancak yaşamın diğer alanlarında ve evliliklerinde kontrollere göre daha fazla doyum bildirdiklerini göstermiştir (21,22). Onaltı organik nedenli infertil kadınla 14 açıklanamayan infertilitesi olan kadını karşılaştıran bir çalışma, açıklanamayan infertilitesi olan grupta ortalamanın üstünde nörotizm skorları saptamıştır (23). Bir başka çalışmada açıklanamayan infertilitesi olan 39 çift, yazarlar tarafından tipik olarak "simbiyotik ve bağımlı/ yapışkan" bir ilişki paterni gösteren "anksiyöz ve depresif kişiler" olarak değerlendirilmiştir (24). Aynı gereçleri kullanan daha büyük örneklemler ise bu bulguları teyid etmemiştir (25).

Stauber (1988), fonksiyonel infertilite tanısı alan kadınların çocuk sahibi olamamakla ilgili sosyal stresörlere psikolojik olarak daha duyarlı olduklarını, bu nedenle gelişen anksiyöz- fobik ve/ veya psikosomatik reaksiyonların infertiliteye neden olabileceğini belirtmiştir (24).

Son zamanlarda bazı yazarlar, psikojenik hipotezin psikodinamik versiyonunun yerine, stresin infertiliteye neden olduğu fikrine dayalı “stres hipotezi” ni ortaya koymuşlardır. Bu hipotezde, emosyonel durumların ve stres ile başa çıkma yetisinin; nöroendokrinolojik durum, gebelik oranları ve yardımcı üreme teknikleri ile tedavi sonuçlarına olan etkileri vurgulanmaktadır (26, 27). Psikolojik üzüntü ve infertiliteye yönelik bir literatür incelemesinde Wischmann, stres ve endişenin katkı sağlayan nedenler olmakla birlikte, çok nadiren infertilitenin tek sebebi olduğunu, stres ve endişenin nedensel rolüne yönelik kesin iddialarda bulunmadan önce yöntemsel gelişmelerin olması gerektiğini belirtmiştir (19). Her ne kadar birçok araştırmacı psikopatolojinin infertilitenin önemli bir nedeni olduğu görüşünü reddetmiş olsa da infertilitenin strese yol açtığı, stresin de karşılığında infertiliteye katkıda bulunduğu şeklindeki döngüsel ilişki destek görmektedir.

İnfertilitenin psikososyal yönleri üzerine bugüne kadar yapılmış sistematik çalışmalarda ortaya konan gerçekten güvenilir tek bulgu, infertil kadınların ortalamanın üstünde depresif eğilim ve anksiyete sergiledikleri ve ayrıca daha fazla fiziksel yakınma bildirdikleri ancak çoğu vakadaki sapmanın klinik olarak anlamlı olmadığıdır (19). Çocuk isteğinin başlangıcı öncesinde ve sonrasında kadın ve erkeklerdeki kişilik özellikleri üzerine prospektif çalışmalar bulunmamaktadır. Dolayısıyla böyle emosyonel bozuklukların infertiliteden kısmen sorumlu olduğunu ya da çocuk sahibi olamamanın sonucu olduğunu söylemek çok zordur.

Psikojenik hipotezi değerlendirmek açısından, tedaviyi takiben çocuk sahibi olan çiftlerle, doğal yollarla çocuk sahibi olan çiftlerin gebelik ve doğum sonrasında yaşadıkları uyum sorunlarını kıyaslamak yol gösterici olabilir. Hamileliğin oluşması her zaman infertil çiftlerin normal hayata dönüşünü garanti etmemektedir. Bir literatür incelemesine göre, IVF tedavisi gören kişilerin hamileliği, doğurganlık sorunu olmayan kişilere kıyasla daha streslidir (28). YÜT yoluyla çocuk sahibi olmuş infertil kadınlarda endişe ve suçluluk duygusunun yanı sıra, mükemmel anne olma zorunluluğu gibi

hislerin olduğu ortaya konmuştur (29). Hjelmstedt ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, tedavisi başarılı olmuş infertil hastaların, infertiliteyi geride bıraktıkları duygusunu ancak doğum sonrası altıncı ayda yaşayabildiklerini saptamışlardır (30).

İnfertil kadınlar arasında, annelik kimliğinin kazanılması konusunda yapılan az sayıdaki ampirik araştırma, infertil kadınların daha düşük özsaygıları olduğunu ve annelik kimliğini benimsemelerinin daha uzun zaman aldığını ortaya koymuştur. Sonunda doğum yapan infertil kadınlar, anneliğin beklediklerinden daha fazla sorun getirdiğini keşfettiklerini belirtmişlerdir (31).

Wasser, anatomik olarak infertil kadınlar ile endokrin sorunlara ilişkin infertilitesi bulunan kadınları karşılaştırdığı çalışmasında, endokrin nedenlerle çocuk sahibi olamayan kadınların daha yüksek stres düzeyine sahip olduklarını saptamış, bazı infertilite tiplerinin stresle daha çok ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (32). Özellikle, teşhis edilemeyen ya da idiyopatik infertilitenin stresle daha çok ilgili olabileceğine dair bulgulara da rastlanmaktadır (33).

“Psikojenik infertilite modeli” henüz bilimsel olarak doğrulanmış değildir ancak, Apfel ve Keylor’un “Basit ve tarihi geçmiş psikojenik infertilite terimini tedavülden kaldırmanın zamanı geldi” çıkarımına rağmen, psikojenik modelden tamamen vazgeçmek mantıklı görünmemektedir (19, 20).

BİYOPSİKOSOSYAL İNFERTİLİTE TEORİSİ

Yaşam Krizi Teorisi

Menning, infertilitenin, psikolojik olarak tehdit edici ve duygusal açıdan sıkıntı verici karmaşık bir yaşam krizi olduğunu iddia etmiştir. Yaşam krizi modeli, infertiliteyi olumsuz bir olay olarak görür ve infertilitenin farklı yollarla neden olduğu stresi de kapsamak üzere, infertil olmanın sonuçları üzerinde odaklanır. Yaşam krizi modelinin savunucuları, infertilite ile mücadele eden çoğu çiftin zihinsel olarak sağlıklı olduğuna ve infertilitenin, idiyopatik olgularda bile fiziksel kaynaklı olduğuna inanır (3, 34).

Bir yaşam krizi, kişiyi olumsuz olarak etkileyen beklenmedik bir şeyin meydana gelmesidir. Aynı zamanda, beklenen bir değişimin olmaması nedeniyle de olabilir.

Ebeveynlik de; ergenlik, evlilik ve emekliliğe benzer şekilde bir geçiş ritüelidir. Ebeveynliğe ulaşmada, kişisel ve toplumsal hedefleri yerine getirmede yetersizlik bir yaşam krizine neden olabilir. İnfertil olan çoğu kişi, sadece yeterliliklerini sınamak için çocuk sahibi olmaya karar vermektedir. Bu beklendiği gibi gelişmeyen olay, kimileri için yaşamlarındaki en önemli rolün kaybıyla sonuçlanabilir (3).

İnfertilitenin birey üzerindeki etkisi, onun kişilik tipi, başa çıkma tarzı ve çocuk sahibi olmak için motivasyonlarına bağlıdır. Menning, infertil olan çiftlerle yaptığı çalışmalarda krize müdahale teknikleri ve üzüntü/kayıp müdahalelerini ön plana çıkarırken diğer bazı yazarlar, başlangıç krizinin sıklıkla kronik bir sürece dönüştüğünü ve ilave uzun süreli müdahaleler gerektiğini öne sürmüşlerdir (35).

Biyopsikososyal Teori

Pasch ve Dunkel-Schetter infertilite etkisinin bir yaşam krizi modeli yerine, daha çok stres ve başa çıkma modeline uyduğunu ve çift seviyesinde ele alınması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (36).

Biyolojik, psikolojik ve sosyal olaylar karmaşık yollarla birbirini etkilemektedir. Biyopsikososyal teori, bu faktörlerin etkileşimini göz önüne alarak insan davranışını açıklamaya çalışmaktadır. İnfertilitenin; hem bir akut yaşam krizi hem de birey, eşi, onların ilişkileri, aile ve arkadaşları için beklendiği gibi gelişmeyen bir olay olarak kavramlaştırılmasını sağlar (3).

İnfertilitenin stresörleri; varoluşsal, fiziksel, duygusal ve kişiler arası ilişkilerde meydana gelir ve kişilerin olağan başa çıkma becerilerinin ötesinde olabilir. Çocuklar, bireylere varoluşsal anlam, kimlik ve statü sağlar; ebeveynlere bir aile, bir kültür ve insan ırkının devamlılığına iştirak etmenin geleneksel anlamlarını sunarlar (3).

1-Varoluşsal Stresörler:

Araştırmalar; kimlik, onur ve kendilik imgesinin tümünün infertil olma deneyimi tarafından etkilendiğini destekler. Çocuk bekleyen babalarla yaptığı bir çalışmada Shapiro, neredeyse evrensel olarak erkeklerin üremeye yeterli olamayacakları korkusuna sahip olduklarını bulmuştur (37).

Üreme yeteneği, cinsel kimlik hakkındaki kültürel ve sosyal inançlara bağlı olduğu için bu konuda başarısızlık, infertil kişinin kadınlık veya erkeklik algısını olumsuz etkiler. İnfertilite teşhisi konulan bireyler kendilerini sıklıkla kusurlu, çekici olmayan ve diğerleri tarafından dışlanmış hissederler. Gurur, güven, iyimserlik ve yaşam memnuniyeti kaybı gelişir. Gebe kalma başarısızlığı bireyde ebeveyn olma ve kişiler arası ilişkiler gibi diğer rollerdeki yetkinlikleri hakkında şüpheler doğurur (18, 34).

2- Fiziksel Stresörler:

İnfertilitede başlıca stresörler tanı ve tedaviye yönelik girişimlerdir. Greil, infertil kadınların tedavi deneyimlerini üç paradoksla tanımlamaktadır:

1- Kontrol kaybı hissi onları tedaviye sevk eder ancak, tedavide kontrollerini kaybettikleri hissini daha çok yaşarlar.

2- Vücut bütünlüğünün kaybolduğu hissi onları tedaviye sevk eder ancak, tedavide vücutlarının istila edildiği hissini daha çok yaşarlar.

3- Kimlik kaybı hissi tedaviye sevk eder ancak, bu süreçte kendilerine tüm insanlara davranıldığı gibi davranılmadığı hissini daha çok yaşarlar (38).

Çiftler tıbbi tedaviye devam etmeye karar verdiğinde, yaşam tarzlarında belirgin düzenlemeler yapmaya ihtiyaç duyabilirler. İnfertilite tedavisi genelde, önemli kariyer seçeneklerinin ertelenmesi ya da tamamen bırakılması gibi kararlarla yaşamın diğer yönlerinin yerini alır. Bazı bireyler çok sıkı bir tedavi programına devam ederken, çeşitli prosedürlere maruz kalırken ve ruhsal çalkantılarla baş etmeye çalışırken uzun vadeli hedeflere yoğunlaşmayı zor bulurlar. Bazı bireyler ve çiftler için, perspektif kazanmak ve mevcut krizi yaşamlarında geçici bir durum olarak görmek zordur. Buna karşın çiftlerin çoğu ister gebe kalmada başarı, ister evlat edinme, isterse de çocuksuz kalma olsun, sonunda bir çözüme ulaşırlar (2).

İnfertil çiftlerin yaklaşık % 31'inin tıbbi tedavi aradıkları tahmin edilmektedir. Tıbbi tedaviden dolayı ortaya çıkan stresler, fiziksel, duygusal ve ekonomiktir. Çoğu zaman bir problem olduğunu ilk fark eden ve tıbbi müdahale için başvuru girişiminde bulunan kadındır. İnfertil çift, uzmanlara yaşamlarının mahrem ve özel alanlarını açmak

durumundadır. Erkek için az sayıda olan tanısal testlerden biri olan semen analizi fiziksel olarak acısızdır fakat utanma, içerleme ve mahcubiyet duygularına neden olabilir. Başlangıç semen analizi genellikle kadının hekimi tarafından yapılır ve sonuçların kadın aracılığıyla iletilmesi, koca ve süreç arasında mesafe hissi doğurur (3).

Kadınlar için günlük olarak hormonların izlenmesi, infertiliteyi unutmayı zorlaştırır. Greil ve arkadaşları, infertilitenin etkisinin mevcut tıbbi müdahaleler nedeniyle kadınlar için daha doğrudan olduğunu belirtmiştir (18, 39). Tanısal testlere maruz kalan bireylerin % 3-20'sinde sebebin ne olduğu bulunamaz. Gelişen tıbbi teknolojiyle, tedavilerin ne zaman durdurulacağına karar vermek zor hale gelebilir. İnfertilite nedeni bulunamayan çiftlerde bu durum kısmen bir iyimserlik hissine yol açabilirken, tedavinin ne zaman sonlandırılması gerektiği hakkındaki sonsuz sorgulamalarla birlikte açıklama eksikliği, var olan stresin daha da artmasına neden olabilir. Throsby ve Gill'e göre, özellikle kadınlar tedaviyi durdurmakta güçlük çekmektedir ve çoğu zaman kocalar, eşlerinin duygusal ve fiziksel sağlığı için bu sürece dur demek zorunda kalmaktadır (40). IVF tedavisini gönüllü olarak durduran kadınların % 26'sının bunu psikolojik yükünden dolayı yaptığı belirtilmiş, tedaviyi durdurmanın, gebelik gerçekleşmese de depresyon ve anksiyete oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir (41).

3- İlişki Stresrleri:

İnfertil eş çoğunlukla, biyolojik çocuklara sahip olamamanın suçluluğunu üstlenir ve eş olarak rolünü yerine getiremediği için kendini suçlu hisseder. Eşine layık olamadığını ve onu normal bir aile çevresinde olmaktan alıkoyduğunu hissedebilir. alışmalar, çiftin ilişki ve iletişimini etkileyen duyguların utanç, öfke ve kendini suçlama şeklinde yaşandığını ortaya koymuştur (42). Eşler bazen, birbirlerini korumanın bir yolu olarak sorun hakkında konuşmayı erteleyebilir, geleceğe dair planları beklemeye alabilirler. İnfertilitenin bir şekilde kişilerin cinsel yaşamlarıyla da ilişkili olması, konunun hem eşlerin kendi aralarında hem de çevrelerindeki insanlarla konuşulmasını engelleyebilir. Bu engelleme, sorunu daha da zorlaştırıp bir izolasyon hissine yol açabilir ve sağlıklı başa çıkma tekniklerinin uygulanmasını ve sosyal destek ağına erişimi önleyebilir. İnfertilite deneyimi yaşayan çiftin ebeveynleri, eğer çift çocuksuz kalırsa asla büyükanne ve büyükbaba rolünü idrak edemeyebilirler, kardeşler

amca, dayı, teyze, hala gibi rollerden ve onların çocukları da birlikte oynayacakları kuzenlere sahip olmaktan mahrum bırakılırlar. Şayet çift bir çocuk evlat edinirse veya yardımcı üreme teknolojisi kullanırsa, aile biyolojik olarak farklı bir çocuğu kabullenmede zorluk yaşayabilir. Bu sorunlar, çiftin izolasyonunu daha da arttırabilir. Arkadaşlar ve akrabalarla olan ilişkiler; infertilitenin etkisini anlama eksikliği, mahremiyete saldırı ve çiftin düşünebileceği alternatif çözümlerin reddedilmesi nedeniyle kötüye gidebilir. Çoğu zaman aile üyeleri ve arkadaşlar, çifte nasıl cinsel ilişkiye girileceği gibi uygunsuz tavsiyelerde bulunarak yardımcı olmayı dener. Tepki olarak çiftler mahremiyetini sürdürmek, infertilite için suçlama altında kalmaktan birbirlerini korumak üzere veya hamile ya da çocuk sahibi olan çiftleri görmeyi çok acı verici olması nedeniyle kendilerini izole edebilirler. Eşler zamanla destek ve anlayış için birbirlerine bağımlı hale gelebilir ve bu bağımlılık ilişki üzerindeki stresi daha da arttıran bir faktördür.

Evlilik üzerine infertilitenin etkisi hakkındaki araştırma bulguları çok değişkendir. Bu değişkenlik, infertilite tipi, çözüm metodu ve bireyin rol kimliği ile açıklanabilir (3).

NEDENSEL FAKTÖR OLARAK STRES

Kişilik özelliklerinin, başa çıkma becerisinin, strese duyarlılığın ve dirençliliğinin IVF sonuçlarıyla korelasyon içinde olduğuna dair önemli bulgular vardır. Bu etkiler, sorun kendisini göstermeden çok daha önce infertiliteye katkıda bulunabilirler. Dolayısıyla infertilite problemleri yüzünden oluşan akut stresin, kişilerin kendi hayatlarında karşılaştıkları ve infertilite nedenli olmayan kronik stres düzeyinden ayırt edilmesi gerekir. Stresin, infertilite tedavisi uygulamalarının sonucuna etkisi üzerine yapılan araştırmalarda, infertilite kliniğindeki ilk görüşmede ölçümlere başlanarak, hem kronik hem de durumsal stres/anksiyete ölçülerek bu ayırım yapılmıştır. Ancak, bu şekilde ölçülen kronik stres, çiftin bir şeylerin yanlış olduğundan şüphelendiği gün başlayan ve ölçüm gününe kadar biriken “infertilite deneyimlerinin” tetiklemeyle artan performans stresini de içermek zorundadır. Araştırmalar, zemindeki akut ve kronik stresin, gelişen ve döllenmiş oosit sayısı gibi biyolojik sonuçların yanı sıra hamileliği, canlı doğumu, doğum ağırlığını ve çoklu gebeliği de etkilediğini ancak,

durumsal stresin sadece biyolojik sonlanmaları etkilediğini göstermektedir. Bu yüzden zemindeki stresle başa çıkmak, genellikle, infertilite tedavisinin kendisinden kaynaklanan stresle başa çıkmadan daha önemlidir (43).

Bir kadın ya da erkeğin psikolojik durumunun ve ruh halinin doğurganlığı üzerinde nasıl bir etkisinin olacağını belirleyen kronik stresle ilgili iki etken ortaya çıkmaktadır. Birinci etken, kişinin doğurganlığıyla ilgili bir kusurunun olduğu düşüncesinden kaynaklı, özsaygısına ya da biyolojik ve sosyal değerine yönelik tehdide işaret eder ki, bu etkenin klinik uyarlaması son derece iyi bir şekilde yapılmaktadır. Günümüze kadar infertilite tedavilerinin hesaba kattığı bu tek etken bundan sonra da psikolojik yöntemlerle kontrol altında tutulmaya çalışılacaktır. İkinci etken ise kişinin stresörlerle nasıl baş ettiğidir. Eğer “baş çıkma” yetersizse stres kronikleşebilir ve kronik stres doğurganlığı etkiler. Bugüne kadar üzerinde fazla durulmayan bu ikinci etkene gereken önem verilmeli ve erken evrelerde dikkat edilmelidir çünkü, kronik stresin tedavi sonuçları üzerindeki etkisi önemlidir (43,44).

Artan bulgular, infertilite tedavi programının, tedavi başlatılmadan önce, kronik ve akut stres seviyelerinin incelenip gerekli düzeylere düşürülecek şekilde planlanması gerektiğine işaret etmektedir.

STRES VE DOĞURGANLIĞIN ETKİLEŞİM YOLLARI

Geçtiğimiz 30 yıl boyunca duygusal stres ve infertilite ilişkileri üzerinde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu; inferilitenin strese neden olduğunu ancak stresin her zaman infertiliteye neden olması gerekmediğini göstermiştir. Bu farklılıkta, en önemlisi stresin kronik oluşu olmak üzere pek çok etken rol oynar. Klinik öncesi çalışmalar stresin çoklu nörokimyasal sistemlerde uzun dönemli değişikliklere yol açabileceğini göstermektedir (45).

Selye'nin 1950'lerde yaptığı ve strese maruz bırakılan farelerde overlerde atrofi gözlemlendiği çalışmasının ardından, çok sayıda çalışma stresin Hipotalamo-Pituitar-Gonadal (HPG) Eksen'i baskılayarak doğurganlığı etkileme potansiyeline sahip olabileceğini göstermiştir (46, 47). Bunun dışında stres hormonları ve Hipotalamo-Pituitar-Adrenal (HPA) Eksen; infertiliteyi doğrudan etkileyen Gonadotropin Releasing

Hormon (GnRH), prolaktin, LH ve FSH gibi hormonlarla, kortizol, endojen opioidler ve melatonin gibi doğurganlığı engelleyebilen hormonlarla da etkileşim içindedir (43).

Stoleru ve arkadaşları, stres ve infertilite arasındaki ilişkinin kadınlardan çok erkeklere yönelik bir sorun olabileceğini ileri sürmüşlerdir (48). Stres seviyesi ve baş etme stratejilerinin sperm kalitesi üzerine etkisi olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (49). Stresin IVF veya intrastoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tedavisi gören hastalarda semen kalitesiyle ilgili çeşitli değişkenleri olumsuz etkilediği de gösterilmiştir (50). Yakın dönem çalışmaların sonuçları stresin, sperm kalitesi ve hareketliliğini nasıl ve niçin azalttığını ortaya koyan veriler de sunmaktadır. Örneğin stres, seminal plazma içeriğindeki glutasyon ve serbest sülfidril azaltabilir veya yüksek Adrenocorticotrophic Hormon (ACTH) ve kortizol seviyeleri, Leyding hücrelerindeki androstenedionun testosterona dönüşümünü engelleyebilir. Yine son yıllarda yapılan çalışmalarda, stres durumunda erkeğin seminal plazmasında artan süperoksit dismutaz aktivitesi ve nitrikoksit (NO) seviyesi, L Arginin-NO yolunda azalan arjinaz aktivitesi tespit edilmiştir (51, 52).

Stres altında oldukları psikolojik testlerle ortaya konmuş idiopatik infertilitesi olan erkeklerle yapılan bir çalışmada, öncelikle hastaların sperm analizleri yapılmış ve sperm hareketliliğinde azalma, doku ölümü (nekroz), spermde hücre ölümü (apoptoz) normal değerlerden daha fazla bulunmuştur. Sıklıkla psikolojik stresle ilgili hastalık ve semptomların tedavisinde uygulanan ve conveyer of modulating radiance (CRM) terapisi (modülasyon ışını terapisi) olarak adlandırılan tedavi sonrasında tekrar analiz edilen bu kişilerde; algılanan stres değerlerinde önemli oranda düşüş saptanırken, sperm hareketliliğinde ve sağlıklı spermelerde artış, apoptoz oranında ise azalma olduğu gözlemlenmiştir (52).

Dişi yumurtlama sistemi katekolamin reseptörleri içerir. Dolayısıyla, stresle ilişkili olan katekolaminler de doğurganlığı etkileyebilirler. Örneğin gametlerin fallop tüplerinde ilerlemelerini engelleyebilir veya uterustaki kan akışını değiştirebilirler (43).

Strese verilen farklı tepkiler veya dirençlilik, stresin sonuçta nasıl bir etki bırakacağını belirler. Psikobiyolojik özellikler stresörlere olan duyarlılığı arttırabilir veya azaltabilir. Bazı çalışmalar, kişiliğe bağlı stres tepkilerinin hem kendiliğinden hem de uyarılmış periyotlarda gebe kalma oranını etkilediğini ortaya koymaktadır. Son

yirmi beş yıldır hayvan ve insan çalışmaları, yeni bir akut stresör uygulaması öncesinde bir kronik stresöre maruz bırakmanın nöroendokrin reaktivitesini büyük ölçüde arttırdığına dair bulgular vermektedir (53). Bu yüzden kronik stres, araştırmalarda sıklıkla kullanılan durumsal anksiyete ölçümlerine yansımayaabilir. Aynı şekilde geleneksel biyolojik stres işaretleyicileri de gözlemlenebilir stresi yansıtmayabilirler. Mesela, anksiyojenik norepinefrinin etkisi nöropeptid Y tarafından nötralize edilir (43).

İNFERTİLİTE TEDAVİSİ ÖNCESİNDE STRES YÖNETİMİ UYGULANMASI İÇİN ETİK VE TEKNİK NEDENLER

Mevcut bulgular aşağıdaki üç iddiayı desteklemektedir:

- 1 – İnfertilite, çiftte strese neden olur.
- 2 – İnfertilite tedavisi, çiftte strese neden olur.
- 3 – Stres, infertilitenin birincil ya da ikincil sebeplerinden olabilir.

Bu iddiaların her biri için mevcut bulguların sayısı farklıdır. İlk ikisi kabul edilebilir çalışmalarla defalarca onaylanmış olmasına rağmen üçüncüsü tasarım ve uygulama bakımından kabul edilebilir ancak kesin bir bulgudan daha çok, bir olasılık belirten bazı çalışmalarca desteklenmiştir (43).

Stresin infertilitede temel ya da en azından tetikleyici bir rol oynadığına dair bolca bulgu düşünüldüğünde; tedavi protokolünde, stresi hem infertilitenin bir sebebi hem de sonucu olarak algılayıp, herhangi bir tür stres seviyesinin, herhangi bir aşamada olup olmadığını kontrol etmeden ve bu seviyeler düşürülmeden invaziv yöntemlere başlanmaması gerekir (43).

Genel olarak, infertil çiftler için mevcut olan bilgilendirme ve desteğin çoğu konsültasyon ve tedavinin tıbbi ve teknik yönlerine odaklanır ve psikososyal destek hizmetleri tedavide son çare yöntemlere (örneğin, IVF) gelinene kadar nadiren önerilir. İnfertil hastaların çoğu tedavi sürecinde psikososyal desteğe yönelik bir uzmanla karşılaşmaz. Bazı IVF klinikleri tedavi öncesinde zorunlu bir danışma seansını gerekli görürler. Çoğu çift tedaviye başlarken destek programlarına duygusal olarak hazırlıksız, damgalanma korkusuyla “akıl sağlığı” hizmetlerine başvurmaya gönülsüzdür.

Bununla birlikte tedavi memnuniyeti üzerine infertil hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunun infertilitenin hem tıbbi hem de psikososyal yönlerine tıbbi personel tarafından hitap edileceğini varsaydıkları, yaklaşık yarısının infertilitenin psikososyal yönlerine ilişkin dokümantasyon almayı beklediği, ancak sadece birkaçının psikolojik danışmanlık istediği saptanmıştır (2, 54).

Stres, tahmin ve kontrol edilmesi zor birçok etkenin değişiminden kaynaklanır. Bu değişimler belirli bir bölgede ölçülebilirse de başka bir bölgede hiçbir değişiklik göstermeyebilirler. Stres, biyolojik değişimlerle ilişkili psikolojik göstergelerin sonucu olabilir ya da olmayabilir. Stres, belirli bir maddenin artışından kaynaklanabileceği gibi bazı durumlarda da bu maddenin miktarını azaltabilir. Yani teknik açıdan, eğer kronik veya akut stresin neden olduğu etkiler, tedavi döneminden önce azaltılabilir ya da giderilebilirse, tedavinin tamamı veya belirli bir aşaması daha iyi kontrol edilebilir (43).

PSİKOLOJİK MÜDAHALELERİN DOĞURGANLIK SONUÇLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İnfertil hastalar için psikolojik müdahalelerin iki temel amacı, kişilerin ruhsal sağlıklarını iyileştirmek ve gebelik oranlarını arttırmaktır (55).

Daha önce yayınlanmış iki derleme, psikolojik müdahalelerin, infertil hastaların ruh sağlığı ve gebelik oranları açısından etkinliğini araştırmıştır. Boivin tarafından oluşturulan derlemede, müdahale sonrasında olumlu sonuçlar; depresif semptomlarla ilişkili olmaktan çok anksiyete ile ilişkili bulunmuş, bütün çalışmalarda infertiliteye özgün stres azalmış, sekiz analizin üçünde psikolojik müdahalelerden 6-18 ay sonra artmış gebelik oranları bildirilmiştir (56). İkinci bir derleme De Liz ve Strauss tarafından yapılmış, bu çalışma anksiyete, depresif semptomlar ve gebelik oranlarını değerlendirmiştir. Sonuçta psikoterapötik müdahaleyi takiben hastalar arasında daha yüksek gebelik oranlarının bildirildiği, kontrol grubundaki hastaların sadece %14'ü gebe kalmışken, infertilite tedavileri öncesinde veya sırasında psikoterapi alan hastalarda ortalama gebelik oranının ise % 45 olduğu belirtilmiştir (57).

Türkiye’de “danışma hizmeti modeli” etkinliğini değerlendirmek üzere (örneğin, bir hemşirenin hastaya bilgi, günlük telefon teması, IVF prosedürü sırasında destek ve

beş yüz yüze görüşme sağladığı) randomize kontrollü prospektif bir çalışma yürütülmüş, IVF alan altmış çift, ya danışma hizmeti müdahalesine ya da kontrol grubuna (rutin bakım) dahil edilmiş, müdahale grubundaki çiftlerin kontrol grubundan önemli ölçüde daha düşük anksiyete ve depresyon puanları, daha yüksek yaşam memnuniyet skorları ve % 17'ye karşılık % 43 gibi ciddi oranda daha yüksek hamilelik oranları bulunmuştur (58).

Bir çalışmada, “akıl/ beden” uygulamaları şeklinde tanımlanan; rahatlama teknikleri, stres idaresi, başa çıkma becerileri ve grup desteğini içeren bir programın yaklaşık on seanslık uygulaması sonrasında katılımcılarda depresyon, anksiyete, kin, bitkinlik, baş ağrıları, uykusuzluk ve karın ağrısını kapsayan tüm psikolojik ve fiziksel semptomlarda önemli ölçülerde azalma sağlandığı, hastaların yaklaşık % 45'inin programın tamamlanmasından sonraki altı ay içinde hamile kaldıkları bildirilmiştir (59). Akıl/beden yaklaşımı, ovulasyon indüksiyonu, intrauterin inseminasyon ve IVF'yi içeren tedavi programları uygulanan infertilite hastalarında değerlendirilmiştir. On seanslık uygulama, on seanslık destek ya da rutin bakım kontrol grupları ile kıyaslanmış, doğum oranları akıl/beden grubunda % 55, destek grubu ve rutin bakım grubunda % 20 bulunmuştur (60). Bu müdahalenin etkisini nasıl gösterdiğine yönelik daha ileri bir çalışmada, beş seanslık akıl/beden uygulamasına dahil olan kadınlarda hem psikolojik stres hem de doğal öldürücü (NK) hücre aktivitesinin azaldığı, kontrol grubunda değişiklik olmadığı; NK hücre aktivitesi azalması yanında azalan stresin nöroendokrinolojik yollar gibi biyolojik fonksiyonları etkilemiş olabileceği ileri sürülmüştür. Bir yıllık izleme dönemi süresince kontrol grubunda % 13, müdahale grubunda ise % 38 gebelik oranları saptanmıştır (61).

Psikolojik müdahalelerin cinsiyet etkisini araştıran bir alt grup analizi, psikolojik müdahalelerin kadınlar için daha yararlı olabileceğini göstermiştir (55). Bunun nedeni, infertiliteye psikolojik yanıtta cinsiyetler arası farklılıkla açıklanabilir. Kadınlar infertilitenin tıbbi tedavisinin primer yükünü taşırlar, çocuk istekleri, yaşam planları için erkeklerle kıyaslandığında daha önemlidir ve kendilerine güvenlerini stabilize edecek daha az alternatifleri mevcuttur (55).

Kadınlarda ve erkeklerde kısa dönemde; infertiliteyle başa çıkma üzerine tavsiyelerle, cinsel davranışlarda değişikliklerle, infertilite ile ilgili olumsuz kanaatleri

değiştirerek, doğurganlık hakkındaki bilgi eksikliğini tamamlayarak ve evlilikteki iletişim becerilerini geliştirerek hastanın çaresizlik duygusunu azaltmak amaçlanmalıdır (43).

IVF’de stresi azaltmaya yönelik davranışsal tedavi gibi sürece eklenen psikolojik uygulamaların işe yaradığı pek çok araştırmada gösterilmiştir (58- 60). Psikolojik uygulamaların sürece dahil edilmesiyle hamilelik oranlarında ne kadar gelişme bekleyebileceğimizi tahmin etmek güçtür. Psikolojik uygulamaların eklenmesinin hamilelik oranlarına etkisini araştıran çalışmaların sonuçları, çalışmanın büyüklüğüne, seçim ölçütlerine, kadın/erkek etkenine ve de özellikle araştırmanın tasarımına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (43).

Deneysel çalışmalar, “sezgisel reçetelerin” akut stresi azaltmada her zaman işe yaramamakla kalmayıp, sıkıntıyı artırabileceğini ve doğurganlığı büyük ölçüde azaltabileceğini de göstermiştir. “Sezgisel reçete” ile stresle ilişkili başka sorunlarda etkili olduğu gösterildiği için mantıksal olarak bu alanda da işe yarayacağı düşünülen yöntemler kastedilmektedir ve durumu kontrol altına almayı, bir çift olarak uygulamaya daha fazla dahil olmayı ya da birinin doğurganlık sorunuyla ilgili duygusal tepkilerini başka insanlarla konuşmasını içerir. Bunlar, infertilite tedavisinin herhangi bir aşamasında, etkinliklerine dair bulgu olmadığı halde, çok sayıda profesyonel tarafından tavsiye edilmeye devam edilen reçetelerdir (43).

Kadın genellikle infertilite sorunu ile kocadan daha fazla meşgul olmaya ihtiyaç duyarken, bu meşguliyet erkekte daha fazla stres ve doğurganlıkla daha az ilgilenmeyle sonuçlanabilir (62). Bu bulgular, kendini daha çok vermenin veya sosyal desteğin stresi azaltmada etkili olduğunu gösteren diğer bulgularla (63) çelişki içerisinde ancak infertiliteden kaynaklanan özel bir tür “varoluşsal stres” ile ilişkili olarak düşünülmelidir (43). Bu tür stres için özel ölçme yöntemleri, özel tedavi ortamı ve özel kontrol koşulları gerekir.

Stres seviyesini azaltmak, tedavinin hamilelikle sonuçlanması için gerekli seans sayısını azaltabilir, tedavinin başlangıç aşamasında başarısız sonuçlara çifti hazırlayabilir veya daha invaziv yöntemlerin kullanıldığı teknikleri gereksiz kılabilir. Önleyici ve destekleyici psikolojik yöntemler, etkinlikleri henüz araştırma aşamasında

olsa bile kullanılmalıdır (43).

Boivin, 6 ila 12 hafta süreli psikolojik müdahalelerin daha etkili olduğunu bildirmiştir (56). Müdahalelerin süresini inceleyen bir alt grup analizinde 6 hafta ve üzerindeki uygulamaların daha etkin olduğu saptanmış ve beş veya daha az seanslık psikolojik tedavi sürecinin umut vaat edici olmadığı belirtilmiştir (55).

İNFERTİLİTENİN PSİKOLOJİK SONUÇLARI

Yapılan çalışmalar gebe kalmadaki başarısızlığın sağlık sorunları, düşük benlik saygısı, yas tutmaya benzer bir his, depresyon, suçluluk ve hayal kırıklığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (64). Freeman ve arkadaşları, görüşme yaptıkları infertil kadınların yarısının infertiliteyi yaşamlarının en üzücü olayı olarak kabul ettiklerini, erkeklerin ise % 15'inin bu düşünceyi paylaştığını ifade etmişlerdir (65). Williams yayınladığı çalışmasında; infertil kadınların değersizlik, yetersizlik, kişisel kontrolün eksikliği, kızgınlık, acı, depresyon, endişe, stres, diğer annelere karşı kıskançlık ve dışlanmışlık hissi yaşadıklarını belirtmiştir (66).

Birgün kendi çocuklarına sahip olacaklarını varsayan kadınların çoğu için infertilite, onun kadın kimliğini tartışmalı kılabilir. Sadece vücudu başarısız oldu diye değil, aynı zamanda kendi özgüveni hasar gördüğü için de öz saygısı azalabilir. Suçluluk duyma ve infertiliteyi geçmiş cinsel düşüncesizlikler, küretajlar, doğum kontrol hapı kullanımı için cezalandırma olarak görmek infertil kadınlarda yaygındır. Telafi edici bir strateji olarak infertil kadınlar, yaşamlarındaki diğer her şeyi geri plana atıp, gebe kalmayı yegâne hedef haline getirebilirler. Kendi değerini ve infertil bir kadın olarak kimliğini sorgulayan birçok infertil kadın duygusal olarak hayatındaki her şeyden, evliliğinden bile daha fazla bu sorun üzerine yatırım yapar hale gelebilir (2, 9).

Blenner, 25 çiftle kalitatif bir çalışma yürütmüş; tedaviden, cinsiyetten ve infertilitenin algılanan anlamından etkilenen ruhsal süreçleri anlaşma, immersiyon ve anlaşmanın bozulması olmak üzere üç ayrı döneme ayırmıştır. Anlaşma kategorisinin altındaki aşamalar; farkındalığın uyanması, yeni bir gerçekle yüzleşme, umut ve sabır sahibi olma; immersiyon aşaması; tedaviye yoğunlaşma; anlaşmanın bozulması aşaması ise; gitmesine izin verme, bitirme ve dışarıda kalma, odağı kaydırma şeklindedir. Bu

aşamalar, infertilitenin psikolojik süreçlerini anlamada yardımcı olsa da kişilerin her bir aşamada harcadıkları zaman, aldıkları tıbbi tedavi, aşamalar arasında geri dönüşler ve tüm süreçlerden geçip geçmeyecekleri değişkenlik gösterir (67).

Diamond ve arkadaşları, infertilite danışmanlığı için terapötik yaklaşımları tedavi aşamalarını temel alarak tanımlamışlardır. Uyanma, harekete geçme, orta immersiyon, geç immersiyon, çözülme ve bağlılık olmak üzere altı aşama tanımlamışlardır. Uyanma aşamasında, çift ilk kez bir sorunları olduğunu farkına varır ve aşamanın sonlarına doğru bu kanı tedavi arayışına başlamak için yeterince güçlü hale gelir. Harekete geçme aşamasında, çift tanıya doğru ilk adımları atar ve infertil olma kimliği ile çarpışmaya başlar. İmmersiyon çiftin “hiçbir yerde” olduğunu hissettiği, onların kontrolü dışındaki kuvvetler tarafından yaşam süreçlerinin belirleneceği bir test ve tedavi aşamasıdır. Çözülme aşaması, tıbbi tedavinin sonlandığı ve biyolojik çocuğun kaybının yasının yaşandığı ve yaşama devam edildiği dönemdir. Bağlılık aşaması, infertiliteden arta kalan kalıntıların tanımlanması gereken, mutsuzluk hissini barındıran dönemdir (68).

İnfertilitenin psikolojik sonuçlarını değerlendiren bir araştırmanın eleştirisinde Greil, çalışmaların büyük çoğunluğunun, özellikle kişiler arası duyarlılık ve depresyonla ilgili olanların, infertil çiftlerin doğurgan normallerden en azından bazı indekslerde farklılık gösterdiğini bildirmiştir (18).

Rutin jinekolojik kontrollere tabi tutulan doğurgan kadınlarla, infertil kadınları kıyaslayan bir çalışmada, doğurgan kadınların % 3.9'unun, infertil kadınların ise %11'inin depresif epizod kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada, ilk infertilite kliniği başvurusunda görüşme yapılan 112 infertil kadında psikiyatrik bozukluk yaygınlığı % 40 olarak bulunmuştur. Bunlar arasında en yaygın olan tanı depresif bozukluk (% 17) ve anksiyete bozukluğu (% 23) olarak saptanmıştır. Bu oranlar birinci basamakta gözlenen % 10-12 oranlarından çok daha yüksektir (69, 70).

Erkeklerle yönelik yapılan çalışmaların sonuçları karmaşıktır. Baluch ve arkadaşlarının İran'da yaptığı bir çalışmada, infertil erkeklerin depresyon ve kaygı düzeyi açısından topluma göre daha yüksek değerler aldığı (71), Monga ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrol gruplarına göre çok da farklılık göstermediği bildirilmiştir (72). Abbey'in çalışmasında ise kadınların erkeklere göre daha fazla stres,

kaygı ve sıkıntı yaşadığı (73), Edellmann ve Connolly'nin çalışmasında da kadın ve erkekteki bu farklılığın nedeninin kadınların erkeklere göre duygularını daha çok yansıtırma eğiliminden kaynaklandığı belirtilmiştir (64).

İnfertilite hastalarında sıkıntı seviyesi, tedavi yoğunlaştıkça ve tedavi süresi uzadıkça daha da artma eğilimindedir. Başarısız tedavi girişimleri üst üste geldiğinde IVF hastaları için depresyon, anksiyete, öfke ve izolasyon kaçınılmaz hale gelir (2, 27). IVF ile gebe kalamamış olan 86 çiftin retrospektif incelemesinde, kadınların % 66'sında ve erkeklerin % 40'ında başarısız IVF tedavilerini takiben depresyon semptomları bildirilmiş ve katılımcıların üçte biri 18 ay sonrasında da depresif bulgularının devam ettiğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, başarısız bir IVF girişiminden sonra kadınların yaklaşık % 13'ünün pasif intihar düşünceleri olduğu bildirilmiştir (74). Ayrıca psikolojik stres, tedavi başarısızlığını takiben bir sonraki tedavi girişimine devam etmemek için en yaygın nedendir (2).

Mahlstedt ve arkadaşlarının yaptığı, 63 infertil kadın ve 37 infertil erkeğin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların % 96'sının hayal kırıklığı, %81'inin umutsuzluk hissettiği, % 82'sinin depresyonda olduğu ve % 67'sinde öfke sorunu olduğu saptanmıştır (75).

Berg ve Wilson "psikolojik zorlantı tepkisi" ve psikiyatrik hastalığı olan olgular arasında bir ayırım yaparlar. Psikolojik zorlantı tepkisini normal ya da tıbbi bir ortamda hastalar tarafından sıklıkla hissedilen sıkıntı olarak tanımlarlar ve psikolojik zorlantı tepkilerinin, tıbbi bir durum ve tedavi, yoğun strese neden olduğunda ortaya çıktığını ancak önemli bir psikopatoloji olmadığını vurgularlar (76).

Özel ilgiyi hak eden, bazı infertil çiftlerin sıkıntılı olması değil, daha çok hangi çiftlerin infertilitenin sıkıntıları ile daha az etkili bir şekilde baş ettiği'dir. Etkin olmayan baş etme yöntemlerini kullananların nevrotik ya da anksiyöz bir eğilimleri olduğu, benzer bir şekilde fiziksel ve duygusal stres karşısında özellikle anksiyeteye karşı bir yatkınlıkları olduğu belirtilmiştir. Çalışmalar açık bir şekilde göstermektedir ki duygusal olarak yatkın olan bu çiftlerin erkenden belirlenmesi, sınırlı danışmanlık kaynaklarının daha etkili bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olacaktır (64).

İNFERİLİTE VE ÖFKE

Öfke, bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde; haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşanan temel duygulardan biridir. Birey kendisini savunmak ve karşısındakini uyarmak amacıyla, yapıcı veya yapıcı olmayan bir şekilde, sözel, davranışsal ya da fizyolojik olarak öfkesini ifade eder (77). Öfke, çoğunlukla korku ile bağlantılı, içe yönelik veya dışa vurulan, kontrollü veya çözümlenmiş olan temel bir duygu olarak düşünülür. Öfke tepkisi bütün yaşlarda ve bütün kültürlerde görülen evrensel, doğal ve anlaşılabilen bir duygudur. Spielberger'e göre öfke, hem değişken bir duygusal durum hem de bir karakter özelliğidir. Öfke bir karakter özelliği olarak kişinin öfke deneyimlerinin sıklığına bağlıdır ve kişinin öfkeye eğilimini belirler. Ayrıca Spielberger, kişilerin öfkelerini ifade etme ya da bastırma biçimlerinin de farklılık gösterdiğini vurgulamıştır (21).

İnfertil çiftler yoğun öfke ve anksiyete hissetmekle birlikte bu duygular çoğunlukla bastırılmakta ya da inkâr edilmektedir (78, 79). Öfke açısından bakıldığında bu durumun, çocuk sahibi olmanın mümkün olmadığı zorlu süreçlerin sonucu mu yoksa infertilite için predispozan bir etken mi olduğunu söylemek çok zordur (21).

Fassino ve arkadaşlarının organik infertilite tanısı almış çiftler ile fonksiyonel infertilite tanısı almış çiftleri depresyon, anksiyete düzeyleri ve öfke kontrolü açısından fertil kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmalarında anksiyete ve depresyon, hem erkek hem kadın infertil hastalarda fertil kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışmada organik ve fonksiyonel infertilite grupları arasında da farklılık olduğu, organik nedenli infertil grupta hem kadın hem erkek katılımcılarda depresyon puanları daha yüksekken, fonksiyonel infertilitesi olan grupta anksiyete puanlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Her üç grup öfke açısından değerlendirildiğinde, erkekler arasında fark saptanmamış, fertil kadınların mizaçlarının infertil kadınlara göre öfkelenmeye daha yatkın olduğu, fonksiyonel infertilitesi olan kadınların öfke deneyimleri yoğun olmasına karşın sıklıkla öfkelerini bastırdıkları, buna karşın, organik infertilitesi olan kadınların öfke düzeylerinin kontrollere göre bile daha düşük olduğu bulunmuştur (21).

Genel olarak öfkeli bir mizaca sahip kadınların daha nadir üreme problemleri oluyor gibi görünmektedir. Fertil kadınların negatif duygularını dışa vurma eğilimleri

onları somatizasyondan korumaktadır ki bu durum infertil kadınlarda sıklıkla görülmektedir. Fonksiyonel infertil kadınların öfke kontrol mekanizmaları, organik infertil ve fertil kadınlara göre daha az adaptif, öfkelerini bastırma eğilimleri daha fazla ve daha zor kontrol edilebilir özelliktedir (80).

Kadınlarda yüksek anksiyete ve öfke içe atımı düzeyleri fonksiyonel infertilite, yüksek depresyon puanları ise organik infertilite için yordayıcı faktör olarak gösterilmiş, erkeklerde anksiyete düzeyleri ile fonksiyonel infertilite arasında ilişki kurulmuş, öfke ile ilgili bulgular anlamlı bulunmamıştır (21).

İNFERİLİTE VE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Bugüne kadar infertilitenin kadın ve erkeklerde nasıl yaşandığı sorusuna cevap arayan birçok çalışma yapılmış, bu çalışmalardan çoğunda kadınlar için, özellikle çocuk sahibi olma baskısı ve gebe kalma gerçekleşmediğinde ortaya çıkan stresin erkek infertiliteye göre daha fazla olduğu ortak sonucu çıkmıştır (2, 18). Bunun nedeni; kadınların, çocuk sahibi olma isteklerinin daha güçlü olması, birçok kültürde var olan çocuk sahibi olunması yönündeki sosyal baskıyı daha güçlü bir şekilde yaşıyor olmaları, genel olarak erkeklerden daha fazla kendini ifade etme eğiliminde olmaları olabilir (81).

Erkeklerin çoğu, eşlerini destekleme çabası içinde duygularını bastırma eğilimindedirler ve bu eğilim erkekler arasında infertiliteye bağlı sıkıntıların gerçek seviyelerinin, olduğundan daha az düzeyde bildiriyle de sonuçlanabilir (18,76). Edelman ve Connolly'nin çalışmasında olduğu gibi stres düzeyinin hem kadınlarda hem de erkeklerde minimal olduğunu ve klinik sınırlarda olmadığını vurgulayan çalışmalar da vardır (82).

Tennen ve arkadaşları, infertil kadın ve erkekleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, kadınların kendi davranışlarının kısırlığa neden olduğuna daha çok inandıklarını ve doğurgan olamamanın sorumluluğunu üzerlerine alarak eşlerinin öz saygısını korumaya çalıştıklarını bulmuşlardır (83).

Erkeklerin, eşlerinden gelecek duygusal desteğe, kadınlara göre daha bağımlı oldukları ortaya konmuş; bunun yanı sıra, kadınların daha verici ve besleyici olduğu, bu nedenle de ilişkide destek alma bakımından erkeklerin kadınlara kıyasla daha avantajlı

oldukları izlenimi oluşturmuştur (84).

Ulbrich, çalışmasında, ebeveyn olamamaya geçişin erkekler için kadınlara göre daha yumuşak olduğunu belirtirken, Andrews ve arkadaşları kadınlar için infertilite ile diğer sorunlara yaklaşım arasında büyük farklılıklar olduğunu, erkeklerin ise diğer sorunlardan etkilendikleri şekilde infertilite sorunlarından etkilendiklerini savunmuşlardır (85, 86).

Erkekler de infertilite ile yüzleştiklerinde hatırı sayılır derecede sıkıntı yaşarlar fakat bu deneyimleri klinik literatürde yetersiz temsil edilmiş gibi görünmektedir. Çok az sayıda çalışma erkeklerin infertilite deneyimlerine bakmıştır. Erkekler infertilite karşısında özsaygı zedelenmesi, sosyal rolleriyle bağlantılı olarak yetersizlik yaşarlar. Bazı erkekler için bu süreçte iktidarsızlık ve performans anksiyetesi ön plana çıkar (87). İnfertilite nedeni bilinmeyen infertil erkeklerle sağlıklı erkek kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada infertil erkekler daha düşük özsaygı ve yüksek anksiyete düzeyleri göstermişlerdir ve bu durum canlı bir doğuma ulaşıp ulaşılmadığına bakılmaksızın tedaviden sonraki 18 ay boyunca devam etmiştir (88). Yine de erkekler, çocuksuz bir yaşam tarzını kabullenmek konusunda, infertilitenin ikilemini çözümlenmeyi daha zor bulan kadınlara göre çok daha kolay uyum sağlarlar (4).

İnfertil kadınlar; bununla ilgili sıkıntılarını günlük yaşama daha çok yansıtırlar, daha fazla desteğe ihtiyaç duyarlar, mevcut durumu kabullenmekte daha çok zorlanırlar, infertil olmayanları kıskanmaya daha meyillidirler. İnfertil erkekler, bununla ilgili daha çok sorumluluk hissederler, kontrol kaybı ve eşlerinin vereceği tepki konusunda endişelidirler (89). Kadın eşler infertiliteyi kendi kimliklerini doğrudan ortadan kaldıran bir deneyim olarak görürken erkek eşler bu etkiyi daha dolaylı bir şekilde, eşlerinin yaşadıkları üzerinden hissederler (39). Erkekler ve kadınların ortak duygusu haksızlığa uğradıkları yönündedir.

Edelmann ve Conolly, bir infertilite kliniğinde 600 kadın ve erkeği retrospektif olarak incelemiş ve yardım ihtiyacının ifadesi için cinsiyete özgün yordayıcılar tanımlamışlardır. Erkeklerde, profesyonel danışmanlık seanslarına olası katılım için suçluluk, hayal kırıklığı, evlilik problemleri ve güven eksikliği değişkenleri tespit edilmişken, kadınlar için, erkekler tarafından hissedilen hayal kırıklığının yerine

izolasyon değişkeni geçmiştir (90).

alışmalar, kadınların sosyal destek temelli baş etme stratejilerine uyum sağlamaya erkeklerden daha yatkın olduklarından, psikolojik danışmanlığa daha alıcı olduklarını ortaya koymuştur (25). Son yıllarda, danışmanlığa başvuran çiftler, başvurmayanlarla kıyaslandığında hangi psikososyal özellikleri gösteriyorlar sorusu merak uyandırmış ancak yanıtı henüz netleşmemiştir. İnfertilite danışmanlığı alan erkekler üzerine ilk sonuçlar Pook ve arkadaşlarının çalışmasından gelmiştir. alışmalarında, ift danışmanlığına katılan 94 infertil erkek hasta, katılmayan 134 infertil erkek hasta ile kıyaslanmış ve danışmanlık için başvuranlarda depresyon ve anksiyete için daha yüksek skorlar elde edilmiştir. Bu çalışmada kadın partnerler incelemeye alınmamıştır (91).

Shaw ve arkadaşları, % 52'si kapsamlı danışmanlık isteklerini ifade eden 60 infertil çiftle çalışmışlardır. Böyle bir istek belirten ve belirtmeyen kadınlar arasında psikolojik farklılık saptanmamış, danışmanlık isteyen erkekler daha fazla durumsal ve sürekli anksiyete, tıbbi tedavinin sonucuna ilişkin daha fazla mitlilik göstermiş ve grup danışmanlığı önerisini reddedenlere göre ilişkilerini daha uyumlu olarak tanımlamışlardır (92).

İnfertil kadın ve erkek farklılıklarını araştıran çalışmalardan çıkan sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

İnfertil kadınlar infertil erkeklere göre;

- 1- z saygıda daha düşük değerler alıyorlar
- 2- Daha depresifler
- 3- Yaşam memnuniyetleri daha düşük
- 4- İnfertilite sebebiyle kendilerini suçlamaya daha yatkınlar
- 5- ocuksuzluğu kabul edilemez görmeye daha yatkınlar
- 6- Çocukları, hamile kadınları ve doğurgan dünyanın diğer ağrıştırıcılarını yok saymaya daha meyilliler
- 7- Tedaviye başlamaya daha çok eğilim gösteriyorlar
- 8- İnfertilite hakkında bilgi toplamaya daha istekliler

9- Tedaviyi bırakmak konusunda daha isteksizler (18).

İNFERİLİTEDE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN CİNSİYET FARKLILIKLARI

Leventhal'ın Self- Regülasyon Modeli; bireylerin sağlığı tehdit eden şeylerle ilgili bilişsel ve duygusal algılar ya da temsiller oluşturduğunu öne sürmektedir. Bilişsel bileşen, beş temel öğeden oluşmaktadır: Kimlik, neden, zamanlama, sonuçlar ve sağlığı tehdit eden şeyin kontrol edilebilir olup olmaması. Bu algılar, hastanın baş etme çabasını yönlendiriyor gibi görünmektedir (93).

Hastalıkla baş eden çiftlerle yakın zamanda yapılan bir çalışma, hasta eşle birlikte partnerlerinin de durumla ilgili değerlendirmelerini göz önünde bulunduran iki ögeli bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini öne sürer (94). Söz konusu infertilite sorunu olan çiftler olduğunda eş algısı, partnerlerin infertilite ile ilgili algılarının ne derece uyduğu, stres yaratan kaynağın doğası gereği özellikle önemlidir. Çünkü infertilite, eşlerin her ikisinin de hayatlarının o dönemlerinde ebeveyn olamamaları nedeniyle, partnerlerden ikisinin de yaşantısını etkilemektedir (81). Her bir partnerin sıkıntı ve sağlığı sadece kendi infertilite algısından değil, aynı zamanda partnerinin de algısından etkilenebilir (94). İnfertilite bir hastalık değildir ancak çoğunlukla sonucu kestirilemeyen, aylarca hatta yıllarca devam eden tedavi süreçleri söz konusu olabildiğinden, kişinin yaşamı üzerindeki duygusal etkileri ciddi bir kronik hastalığı andırmaktadır.

Partnerlerin infertiliteyle baş etme yollarındaki farklılıkların psikolojik sonuçlar üzerindeki etkileri, infertiliteye karşı tepkide “diyadik” yani; “birbiriyle etkileşim içinde iki öğeden oluşan” bir örüntünün var olduğunu göstermektedir.

İnfertilite ile ilgili çeşitli çalışmalar, infertil çiftlerin bilişsel algılarındaki cinsiyet farklılıkları ile ilgilenmişler ve üç önemli farklılık tespit etmişlerdir. Bunlar:

1- İleride bir çocuk sahibi olacaklarına dair güven, infertil kadınlarda, erkeklere oranla daha düşüktür (95).

2- İnfertilite probleminin kontrol edilebilirliği algısı kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksektir (96). Bununla birlikte tekrarlanan (başarısız) infertilite tedavilerini

takiben, deneme-yanılma deneyimlerini daha yakından yaşayan kadınlar, problemi kontrol edebilme gücüne olan güvenlerini kaybetmeye daha çok eğilimli olabilirler (81).

3- Sonuçlarla ilgili olarak, infertilitenin kadınların hayatlarının çeşitli yönleri üzerinde erkeklere kıyasla çok daha büyük etkileri olduğu görülmüştür (97).

İnfertilite alanındaki bir çalışma, her iki partnerin de sıkıntılı olduğunu bildirdiği infertil çiftlerdeki erkeklerin, sadece erkeklerin sıkıntılı olduğunu bildirdiği çiftlerdeki erkeklerden daha fazla sıkıntı bildirdiklerini bulmuştur (98). Bir başka çalışma da infertil çiftlerde ilişkiye dair konulardaki uyuşmazlığın ve ebeveyn olma ihtiyacının kadının depresyonu ile ilişkili olduğunu bulmuştur (99).

Kadın ve erkeğin stresi her iki partnerin sonuca ilişkin algısından etkilenirken, iyi olma hali sadece kişinin kendi algısından etkilenmektedir (81). Erkekler arasında stresle baş etmede kişisel yeterlilik eş desteğinden daha önemli bulunurken, kadınlar için eş desteğinin depresyonun azalmasını sağladığı bulunmuştur (100). Ayrıca birçok erkeğin infertilite problemlerini partnerlerinden daha az olumsuz bir şekilde ele aldığı ve kadınların kocalarının yaşadıkları stresle ilgili olarak bu gözle görülür duyarsızlıkları nedeniyle sıklıkla hayal kırıklığı yaşadıkları gösterilmiştir (101).

Kontrol edilebilirliğin kadınlar ve eşleri tarafından düşük algılandığı çiftlerde bu durum sadece kadının stresinin artmasına neden olabilir. Erkekler, çiftin çabaları sonucu modern tıbbi tedavinin problemi çözeceğine inanıyor görünmektedirler ve bu nedenle daha az stres yaşarlar. Bu kadar iyimser olmaktan çok uzak olan eşleri ise hem kontrol edilebilirlik algılarının az olması hem de eşlerinin açıkça görünen duyarsızlıkları nedeniyle stres yaşarlar (81). Daha önce yapılan bir çalışma, kocaların uzaklaşma, örneğin hiçbir şey olmamış gibi devam etme yolu ile baş etme eğilimi içinde iken kadının bunu yapmadığı infertil çiftlerde, özellikle kadınların daha fazla stres yaşadığını göstermiştir (102).

Kadınların yüksek ve eşlerinin daha düşük oranda kontrol sahibi olduğunu hissettiği çiftlerde kadınlar, her iki partnerin de aynı düzeyde (daha düşük ya da yüksek) kontrol edebilirlik algısına sahip oldukları çiftlerdeki kadınlara kıyasla daha yüksek oranda stres yaşamaktadır. Algı olumsuz olsa da, algıların bulunduğu durumların uyuşmazlık durumuna kıyasla kadınlar için faydalı olduğu görünmektedir. İnfertilite

problemine dair kontrol edebilirlik algısının yüksek ya da düşük olması çok farklı baş etme stratejilerine neden olabilmekte (aktif- pasif) ve bu nedenle bu algılardaki uyumsuzluk özellikle üzücü olabilmektedir (81). Bu bulgu Berg ve Upchurch'un, stres yaratan etkenin kontrol edilebilirliğinin değerlendirilmesinin diyadik baş etme için önemli olabileceği ve iki partner tarafından paylaşılan bir bakış açısının diyadik baş etme yollarının olumlu biçimlerine yönlendireceği argümanı ile uyum içindedir (94).

Bir başka bulgu; kadının stresinin, kendisi ve eşinin kontrol edebilirlik algılarının kombinasyonlarından çok güçlü bir şekilde etkilendiğidir. Buna karşın, erkeğin stresi temel olarak kendi algılarından etkilenmektedir. Bu, partnerin karakterinin kadınlar üzerinde erkeklerde olduğundan çok daha güçlü bir etkisi olduğunu iddia eden daha önceki bulgularla uyumludur (81).

Her iki partnerin de algılarının ve bu algıların olası zarar verici kombinasyonlarının açığa çıkarılması, risk altında olan çiftlerin belirlenmesi ve onlar için kişisel ve evlilik stresini hafifletecek ortak stratejilerin geliştirilmesine yardım etmekte önemli olabilir. Özellikle stresin infertilite tedavi sonuçlarını etkilediği düşünüldüğünde, infertil kadın ve erkeklerde stres ile ilişkili faktörleri belirlemek her şeyden daha önemlidir (81).

Kadın ve erkek kısırlığı farklı şekillerde deneyimliyorsa, bir sonraki mantıksal soru kadın ve erkeğin kısırlığın stresi ile farklı şekillerde baş edip etmediği olacaktır. Baş etme, kişinin sınırlarını zorlayan ya da sınırlarını aşan belirli dışsal ve/veya içsel talepleri yönetmek için kullandığı zihinsel ya da fiziksel yanıtlardır. Baş etme mekanizmaları doğaları gereği uyumlu ya da uyumsuz değildir ve stres yaratan durumun bağlamına göre aynı strateji farklı psikososyal sonuçlara yol açabilir. İnfertilite, çiftin baş etme kaynaklarını aşabilen, kronik, öngörülemeyen ve (kişisel ya da tıbbi olarak) kontrol edilemeyen stres faktörü olarak kavramsallaştırılabilir. Baş etme seçenekleri tedavi kararlarında, duygusal bir dengeyi sağlamakta ve evlilik içinde açık bir iletişim kurmakta çok önemli bir öge olabilir (9).

İnfertil kişilerde esneklik ve başa çıkma yöntemlerinin çeşitliliği önemlidir. Adler ve Boxley, fertil, infertil ve eskiden infertil olan deneklerin başa çıkma düzeyleri arasında fark saptamamışlardır (103). Lazarus ve Folkman, bir durumla ilgili kontrolün kendisinde olduğunu hisseden kişilerin problem çözme tekniklerini kullandığını, kontrol

hissine sahip olmayan kişilerin ise duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığını öne sürmüşlerdir (104). McQueeney ve arkadaşları, hem duygu odaklı hem de problem çözme odaklı baş etme yöntemlerinin infertil kişilere yardımcı olduğunu, problem çözme odaklı stratejilerin daha uzun vadeli kazanımları varken, duygu odaklı yöntemlerin daha hızlı ortaya çıkan etkilerinin olduğunu bulmuşlardır. Araştırmacılar her iki başa çıkma yönteminin de faydalı olduğunu ancak infertilitenin farklı aşamalarında etkinlik açısından farklılıklar gösterebileceğini belirtmişlerdir (105).

Levin ve arkadaşları, çiftlerin başa çıkma tarzlarının konkordansını araştırdıkları çalışmalarında, evlilik doyumu ve psikolojik zorlanma açısından tedavinin erken ve geç evreleri ve eşlerin baş etme biçimleri arasındaki eşleşmeyi göz önüne alarak, kadın ve erkek deneklerin farklı olduklarını bulmuşlardır. Kadınların evlilik doyumlarının, hem kendileri hem de partnerlerinin problem odaklı başa çıkmada iyi oldukları durumlarda en yüksek olduğunu ve her ikisinin de problem odaklı başa çıkmada zayıf oldukları durumlarda ise düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca kadınlarda evlilik doyumunu, infertilite sürecinde sonraki aşamalara göre erken aşamalarda daha yüksek saptamışlardır. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde, eğer eşlerin duygu odaklı başa çıkma mekanizmalarını kullanma oranları düşükse, kadınların evlilik doyumlarının daha yüksek olduğunu, erkeklerde ise tedavi aşamalarından bağımsız olarak, kendileri ve eşlerinin duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları durumda daha fazla zorlandıklarını gözlemlemişlerdir (106).

Sağlık problemleri dahil yaşamda stres yaratan faktörler ile baş etme yöntemlerini araştıran çalışmaların çoğu, kadınların erkeklere göre daha çok duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını bulmuştur (9). Duygu odaklı stratejiler, problem tarafından yaratılan duygusal stresi yönetmeye odaklanır. Bunun içinde; duygusal stresin ifade edilmesi, sosyal destek arama, kaçma/kaçınma, dikkatini başka yöne verme ve gerilimi azaltmaya çalışma gibi yöntemler vardır. Paralel bir şekilde, erkekler daha çok araçsal ya da problem odaklı baş etme mekanizmalarını kullanırlar (9). Araştırmalar duygu-odaklı baş etme mekanizmalarının problem odaklı baş etmeden daha az etkili olduğunu ve daha zayıf ruh sağlığına neden olduğunu göstermektedir (107). Bu cinsiyet farkı kısmen kadın ve erkeklerin bildirdiği stres yaratan etkenlerin farklılığı ile açıklanmaktadır: Kadınlar daha çok kişiler arası ve sağlıkla ilgili stres faktörleri ile erkekler ise daha çok uğraşsal streslerle baş etmeye çalıştıklarını ifade

etmişlerdir. Aynı zamanda, baş etmeyi ölçmek için kullanılan ölçeklerde cinsiyetle ilgili yanlılık da olabilir ve kadınların daha farklı baş ediyor olmaları daha az etkili olmak zorunda olmayabilir (9).

İnfertilite ile baş etmede cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, infertil kadın ve erkeklerin stresle baş etme yöntemleri arasında farklılıktan çok benzerlikler olduğu ifade edilmiş, sekiz stratejinin sadece üçünde anlamlı ve yorumlanabilir cinsiyet farklılıkları olduğu belirtilmiştir. Bu farklılıklar: Kadınların daha çok kaçma ve kaçınma içeren stratejiler kullandıkları, durumu olumlu bir şekilde yeniden çerçeveselendirdikleri ve erkeklerden çok daha geniş ölçüde sosyal destek aradıkları yönündedir (9).

Sosyal destek, infertilitenin etkisini hafifletmek için kullanılacak önemli bir araçtır. Ancak, infertilitenin etkilerinden biri mitler, stigma ve yanlış bilgilendirme nedeniyle sosyal desteğin zayıflamasına yol açabilmesidir (10). Çalışmalar, aile üyeleri ve arkadaşların çoğunun infertilite hakkında fazlaca bilgi sahibi olmadıklarını, bu kişilerin çoğunun destek olmak için ne yapmaları ya da söylemeleri gerektiği konusunda tereddütlerinin olduğunu ifade ettiklerini ortaya koymuştur (3). Kadınların çeşitli kaynaklardan daha fazla destek aldığı ve partnerlerine göre aldıkları destek konusunda daha tatminkâr oldukları bildirilmiştir. Bununla birlikte kadınlar, kötü tavsiyeler ve olumsuz yorumlar almaya da daha açıktırlar. Sağlık çalışanları ile tedavi süresince sık görüşüldüğünden ve kişinin geleceğinin onlara bağlı olduğu gibi bir görüş olduğundan, bu ilişkinin de infertilitenin yol açtığı sıkıntı ve hastaların kullandığı baş etme mekanizmaları üzerinde önemli etkisi vardır.

Erkekler, yaşamlarında daha geniş ancak daha mesafeli ağlara sahiptirler. Yetişkinlikte erkekler tek sırdaşları olarak eşlerini anarken, kadınlar deneyimlerini eşleri ve arkadaşları ile eşit şekilde paylaşırlar. Buna ek olarak, duyguları işleyerek ve paylaşarak baş etmek kadınlar için erkeklerden daha fazla sosyal kabul gören bir durumdur. Çalışmalar kadınların diğer infertil çiftlerle sosyal ilişki kurmak ve destek gruplarına katılmak konusunda daha fazla aktif girişimlerde bulduklarını ortaya koymuştur (35, 101).

Kadınların duygu odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullanmaları, daha fazla psikolojik stres altında olmalarından kaynaklanıyor olabilir çünkü daha fazla

psikolojik stresin; kaçınma, diğerlerinden yardım arama ve kişinin baş etme repertuarı boşaldığında durumu yeniden değerlendirme mekanizmalarını kullanmaya neden olduğu gösterilmiştir (108). Eğer gerçekten böyleyse, birçok araştırmacı tarafından bulunan kadınların kısırlıkta daha fazla stres altında hissetmeleri gerçeği, bu duygusal baş etme stratejilerinin daha fazla kullanılmasına neden olmuş olabilir (9).

Destek arayışı ve kaçma/kaçınmanın kadınlar tarafından daha fazla kullanılması garip bir bileşim gibi görünmektedir. İnfertil kadınlar için kaçma/kaçınma baş etme mekanizması, hem kişinin durumun gerçekliğinden kaçışını yansıtabilir hem de kısırlığa odaklanan kişiler arası ilişkilerden bir kaçınmadır. Çünkü çalışmalarda, kadınlar belli sosyal iletişimlerden, örneğin başka insanların çocukları ile iletişime geçmekten ya da diğer aile odaklı durumlardan kaçındıklarını, çünkü bunun kendilerine kısırlıklarını hatırlattığını ifade etmişlerdir (9, 101).

Kadınların olumlu yeniden yapılandırmayı kullanmaları, onların infertilite tedavisine daha fazla dahil olmaları ile bağlantılı olabilir. Biyolojik anneliğin değerli ve arzulan bir rol olduğu kanısındaki kadınlar, hayatlarına anlam kazandırmak ve uyum sağlayabilmek için durumu yeniden çerçevelemek zorunluluğu duyabilirler (9).

Ciddi stres altında olan çiftler için, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar gibi doğrudan müdahaleler daha faydalı olabilir. Bu müdahalelerde durumun değerlendirmesini yeniden çerçevelemeye, belirli baş etme mekanizmalarının verimliliğini yeniden irdelemeye ve biyolojik ebeveyn olmanın anlamını yeniden yorumlamaya odaklanılabilir (9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfertilite ve Androloji polikliniklerine başvuran ve infertilite tanısı alan, bilgilendirilmiş onay formunu imzalayarak görüşmeyi kabul eden kadın ve erkeklere; araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-S), Spielberger'in Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulanmıştır.

Doksanyedi kadın, 91 erkek hasta görüşmeye alındı. Kadınların 2 tanesi IVF tedavisi aldığından, 3 tanesi okuryazar olmadığından, 4 tanesi daha önceden psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade ettiğinden, 8 tanesi de görüşmeyi kabul etmediğinden 80 kadın hastayla çalışma tamamlandı. 91 erkek hastanın 2 tanesi okuryazar olmadığından, 2 tanesi daha önceden psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade ettiğinden ve 37 tanesi de görüşmeyi kabul etmediklerinden 50 erkek hastayla çalışma tamamlandı.

Seksen kadın, 50 erkek olmak üzere 130 hasta çalışmaya alındı. Hormon profili, Spermiyogram, HSG (Histerosalpingografi), rutin tetkikleri uygulandıktan sonra infertilite tanısı kesinleşerek tedavi sürecine başlanan bu hastalara araştırmanın amaçları ve uygulama biçimi anlatılarak yazılı onayları alındı.

İnfertil hasta grubu için çalışmaya kabul edilme ölçütleri;

- 1) Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma
- 2) Uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik ve ürolojik değerlendirme sonucunda primer veya sekonder infertilite tanısı almış olma
- 3) Cinsel olarak aktif yaşta olma
- 4) Çocuk sahibi olma isteği ile tedavi arayışında olma

5) Evli olma

6) Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olmaması ya da bu nedenden tedavi görüyor olmaması

7) İnfertilite tanısından önce bir psikiyatrik tanı almamış olma

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

1) Okuma yazma bilmeme

2) Türkçe konuşamıyor olma

3) IVF, ICSI (intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu), ZIFT (zigot intrafallopian transfer) gibi invaziv tekniklerle tedavi planlanmış olması

4) Hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsü olması veya halen bu hastalıktan dolayı tedavi görüyor olma

5) Halen ve daha önceden ciddi bir akıl zayıflığı ya da hastalığı nedeniyle psikiyatrik tanı almış olma ve bu nedenle tedavi altında olma

Çalışmamızda kadın ve erkeğin birbirlerine göre farklarının araştırılması amaçlandığından, iki cinsiyet karşılıklı kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

GEREÇLER

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi

Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerini saptamak için yarı-yapılandırılmış görüşme çizelgesi uygulanmıştır. Ayrıca aile biçimi, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, tedavi masraflarının nasıl karşılandığı, evlilik biçimi, evlilik süresi, infertilite süresi ve tedavi süresi, infertilite nedeni, infertilite tedavi süreciyle ilgili bilgi sahibi olup olmadığı, psikiyatrik öz ve soy geçmişi ile ilgili bilgileri saptamaya yönelik sorular da bu çizelgede yer almıştır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE):

21 maddelik likert tipi kişinin kendini değerlendirdiği bir ölçektir. Toplam puan

0 ile 63 arasında değişir. Depresyon tanısının konulmasından ziyade depresyonun taramasında kullanılır. 1961 yılında geliştirilmiş, 1978’de gözden geçirilmiştir. Depresyon çalışmalarında en çok kullanılan ölçek olma özelliğine sahiptir.

Sistematiik olarak 21 semptom altında birleştirilen klinik gözlemlerden oluşmuş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin alt grupları şunlardır: 1- Duygu durum, 2- Karamsarlık, 3- Başarısızlık duygusu, 4- Neşesizlik, 5- Suçluluk duyguları, 6- Cezalandırılma duygusu, 7- Kendini beğenmeme, 8- Kendini suçlama, 9- İntihar isteği, 10- Ağlama, 11- Sinirlilik, 12- Sosyal geri çekilme, 13- Kararsızlık, 14- Beden imajının değişmesi, 15- Çalışamama, 16- Uyku bozukluğu, 17- Yorgunluk, 18- İştahsızlık, 19- Kilo kaybı, 20- Somatik yakınmalar, 21- Libido kaybı.

Bunlardan on biri biliş, ikisi duyguyu, ikisi açıkça görülen davranış, biri kişiler arası sorunları, beş somatik semptomları ölçmektedir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalar arası farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir.

Ülkemizde N. Hisli tarafından 1988’de geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (109).

Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-S)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’de geliştirilmiş olan Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Spielberger’in iki faktörlü kaygı kuramından kaynaklanmıştır. Kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Başlangıçta normal yetişkinlerde kaygıyı araştırma amacı için geliştirilmiş olan bu ölçeğin, lise öğrencileri, psikiyatrik bozuklukları ve fiziksel hastalıkları olan bireyler için de uygun olduğu görülmüştür (110).

Toplam 40 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasına yöneliktir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini tanımlamasını gerektirir. Ölçeğin uygulandığı kişinin, durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya

da davranışların şiddet derecesine göre “1” hiç, “2” biraz, “3” çok ve “4” tamamıyla gibi seçeneklerden birini işaretlemesi istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise, duygu ya da davranışların sıklık derecesine göre “1” hemen hiçbir zaman, “2” bazen, “3” çok zaman, “4” hemen her zaman seçeneklerinden biri işaretlenir. Toplam puanlar her iki bölümde de 42’nin altında ise normal, üzerinde ise yüksek kaygıyı ifade etmektedir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Le Compte ve Öner tarafından 1985’te yapılmıştır (110).

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 1994 yılında Kadir Özer tarafından yapılmıştır (111). Öfke duygusu ve ifadesini değerlendirir. Kendini değerlendirme ölçeğidir, grup olarak da uygulanabilir. Ergen ve yetişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur.

Ölçek; içte tutulan öfke (öfke içe atımı 8 madde), dışa vurulan öfke (öfke dışa vurumu 8 madde), kontrol altına alınmış öfke (öfke kontrolü 8 madde) ve sürekli öfke (10 madde) olmak üzere 4 alt ölçekten ve 34 maddeden oluşmaktadır.

Bireylerin kendi kendine uygulayabilecekleri bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi vardır. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri, “sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna yanıt olacak şekilde “hiç”, “biraz”, “oldukça” ve “tümüyle” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. “hiç tanımlamıyor” yanıtından 1, “biraz tanımlıyor” yanıtından 2, “oldukça tanımlıyor” yanıtından 3, “tümüyle tanımlıyor” yanıtından 4 puan elde edilir. Ölçekteki ilk 10 madde, sürekli öfke alt ölçeğinin maddeleridir. Öfke tarz ölçeğinin “öfke içe atımı” alt ölçeği puanı; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin toplanmasıyla; “öfke dışa vurumu” alt ölçeği puanı; 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin toplanmasıyla; “öfke kontrolü” alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp dört alt ölçeğin maddeleri, o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar sürekli öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğinden alınan

yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke içe alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin bastırılmış olduğunu, öfke dışı alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin dışı yansıtıldığını gösterir.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (112). Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Altmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1- Asla böyle bir şey yapmam, 2- Çok az böyle yaparım, 3- Orta derecede böyle yaparım, 4- Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir.

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir.

Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır:

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59)

Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43)

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46)

Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45)

Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58)

İnkâr (6, 27, 40, 57)

Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60)

Şakaya vurma (8, 20, 36, 50)

Davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51)

Geri durma (10, 22, 41, 49)

Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52)

Madde kullanımı (12, 26, 35, 53)

Kabullenme (13, 21, 44, 54)

Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55)

Plan yapma (19, 32, 39, 56)

Bu 15 alt ölçek de kendi içinde 3 gruba ayrılmıştır:

SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA

Yararlı sosyal destek kullanımı

Aktif başa çıkma

Geri durma

Diğer meşguliyetleri bastırma

Plan yapma

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme

Dini olarak başa çıkma

Şakaya vurma

Duygusal sosyal destek kullanımı

Kabullenme

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA

Zihinsel boş verme

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma

İnkâr

Davranışsal olarak boş verme

Madde kullanımı

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16 for Windows kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Post Hoc yöntemlerinden Bonferroni testi kullanıldı.

Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Sperarman's rho kullanıldı.

4. BULGULAR

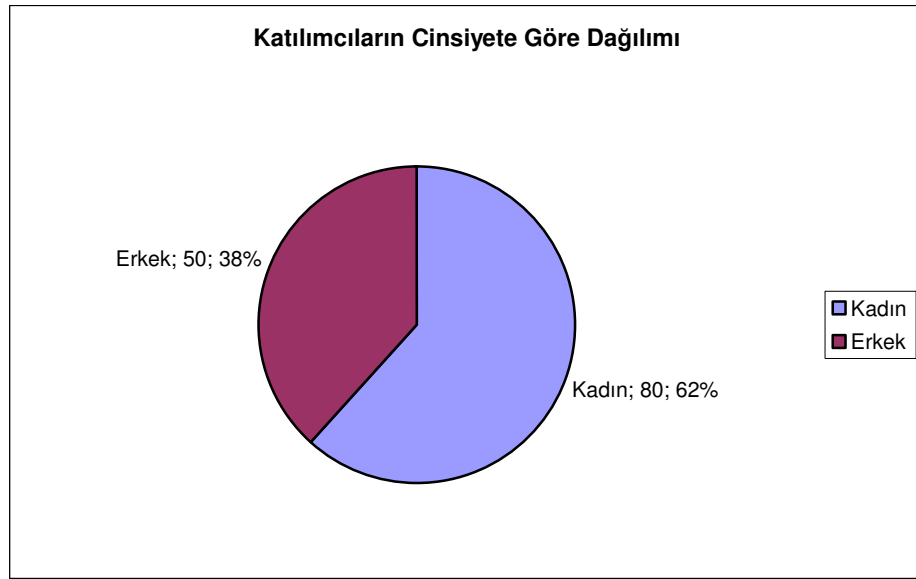
Çalışma Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi infertilite ve androloji polikliniklerine başvuran ve infertilite tanısı alan 80 kadın, 50 erkek ile yapılmıştır.

KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ İLE İLGİLİ DAĞILIMLAR

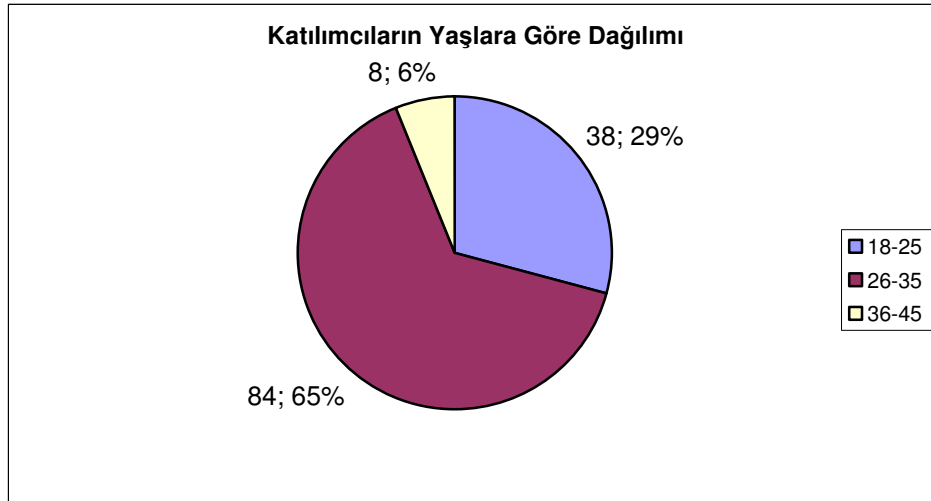
Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Dağılımı

N=130		N	%
Cinsiyet	Kadın	80	61.5
	Erkek	50	38.5
Yaş	18-25	38	29.2
	26-35	84	64.6
	36-45	8	6.2
Eğitim	Okur-Yazar	13	10
	İlkokul	42	32.3
	Ortaokul	34	26.2
	Lise	25	19.2
	Lisans/Lisans Üstü	16	12.3
Doğum Yeri	Kırsal	51	39.2
	Şehir	48	36.9
	Büyük Şehir	31	23.8
Yaşadığı Yer	Kırsal	6	4.6
	Şehir	16	12.3
	Büyük Şehir	108	83.1
Aile Biçimi	Çekirdek	74	56.9
	Eşinin Ailesiyle Birlikte	29	22.3
	Kendi Ailesiyle Birlikte	27	20.8
Sosyal Durum	Ev Hanımı/Çalışmıyor	68	52.3
	İşçi	44	34.6
	Memur	4	3.1
	Serbest Meslek	13	10
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	58	44.6
	Hiç Çalışmamış	54	41.5
	Halen İşsiz	9	6.9
	İş Arıyor	9	6.9
Gelir Durumu	0-500 TL	52	40
	501-1000 TL	56	43.1
	1001-1500 TL	13	10
	1501 ve üzeri TL	9	6.9
Tedavi Masraflarını Kim Karşılıyor	Kendisi	11	8.5
	Sosyal Güvencesi	85	65.4
	Bir Kısmı SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu) +Bir Kısmı Kendisi	20	15.4
	Aile ve Yakın Çevre	14	10.8

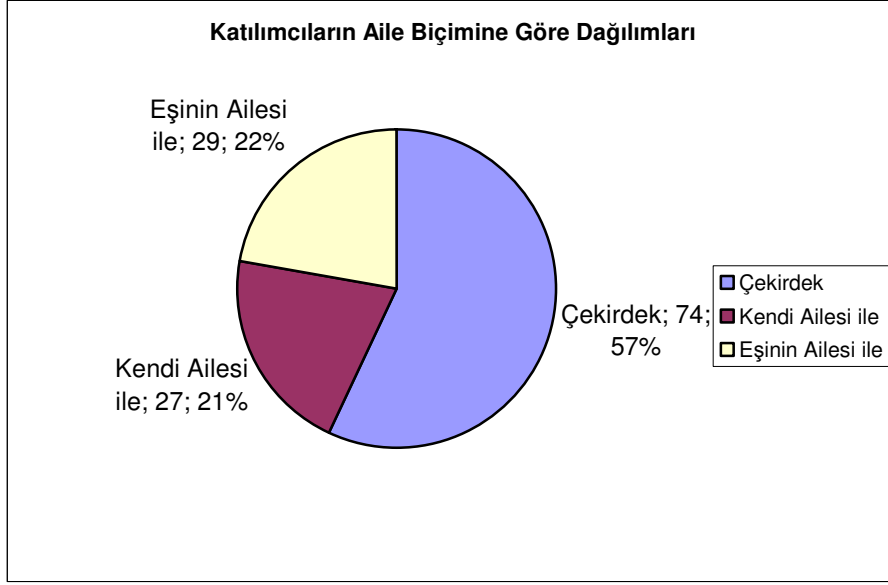
Çalışmaya katılan katılımcıların 80'i (% 61.5) kadın, 50'si (% 38.5) erkektir. Katılımcılara ait sosyodemografik verilerin dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.



Grafik 1: Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı



Grafik 2: Katılımcıların yaşlara göre dağılımı



Grafik 3: Katılımcıların aile biçimine göre dağılımları

Tablo 2: Katılımcıların Evliliklerine Yönelik Bilgiler

N=130		N	%
Evlilik Sayısı	İlk	122	93.8
	İkinci	4	3.1
	Üç ve Üstü	4	3.1
Evlilik Biçimi	Görücü Usulü İstemeden	15	11.5
	Görücü Usulü İsteyerek	89	68.5
	Tanışarak	26	20
Evlilik Süresi	1-2 yıl	18	13.8
	2-5 yıl	77	59.2
	6-10 yıl	28	21.5
	11 yıl ve üstü	7	5.4
Evlilikte Şiddet Yaşanıyor mu?	Asla	88	67.7
	Birkaç kez	28	21.5
Çocuk	Arasına	14	10.8
	Var	16	12.3
	Yok	114	87.7

Katılımcıların; 122'si (% 93.8) ilk evlilikleri olduğunu ifade etmiştir. Görücü usulü ile isteyerek evlenenler 89 (% 68.5) kişidir. Evlilik süreleri genelde 2-5 yıl arasındadır. Katılımcıların 16'sının (% 12.3) çocuğu vardır. Evliliklerine yönelik bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Psikiyatrik Rahatsızlık ve Madde Kullanım Öyküsü

N=130		N	%
Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Öyküsü	Evet	6	4.6
	Hayır	124	95.4
Psikoaktif Madde Kullanım Öyküsü	Yok	84	64.6
	Sigara	44	33.8
	Yatıştırıcı/Uyku Hapları	1	0.8
	Ağrı Kesiciler	1	0.8

Katılımcıların 6'sı (% 4.6) psikiyatrik tedavi gördüğünü ifade ederken, 84'ü (% 64.6) psikoaktif madde kullanmamaktadır. Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlık ve psikoaktif madde kullanım dağılımları Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 4: İnfertiliteye İlişkin Dağılımlar

N=130		N	%
İnfertilite Süresi	1-2Yıl	74	56.9
	3-5Yıl	40	30.8
	6-10Yıl	13	10
	11Yıl ve Üstü	3	2.3
İnfertilite Türü	Primer	101	77.7
	Sekonder	29	22.3
İnfertilite Sebebi Biliniyor	Evet	39	30
	Hayır	91	70
İnfertilite Tedavi Süresi	1Yıldan Az	95	73.1
	1-2Yıl	22	16.9
	3-5Yıl	6	4.6
	6 Yıl ve üstü	7	5.4
İnfertilite ile ilgili Tedavi Bilgisi	Var	28	21.5
	Yetersiz	60	46.2
	Yok	42	32.3
Ešte İnfertilite Tanısı	Var	10	7.7
	Yok	120	92.3
Daha Önce Tedavi Yöntemi Kullanımı	Yok	75	57.7
	Var	55	42.3

Katılımcıların 39'unda (% 30) infertilite sebebi bilinirken 91'inde (% 70) infertilitenin sebebi belirlenememiştir. Katılımcıların İnfertiliteye ilişkin dağılımları Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 5: Katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık Dağılımı

N=130		N	%
Jinekolojik / Ürolojik Hastalık	Var	7	5.4
	Yok	119	91.1
	Hatırlamıyor	4	3.1
Ek tıbbi Hastalık	Yok	113	86.9
	Var	17	13.1

Katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık Dağılımı Tablo 5’de gösterilmektedir.

Tablo 6: Kadın Katılımcılarla İlgili Dağılımlar

N=80		N	%
Menstruasyon Rahatsızlığı	Yok	54	67.5
	Fazla Kanama	7	8.8
	Ağrı	19	23.8
Küretaj Var mı?	Yok	73	91.3
	Var İsteyerek	3	3.8
	Var İstemeyerek	4	5

Kadın katılımcıların 54’ü (% 67.5) menstruasyon rahatsızlığı bildirmemektedir. Küretaj olmayanlar ise 73 (% 91.3) kişidir. Kadın katılımcılarla ilgili dağılımlar Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 7: Cinsiyet Değişkenine Göre Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

		Kadın (N=80)	ErkeK (N=50)		
		N (%)	N (%)	X²	p
+Yaş	18-25	35 (%43.8)	3 (%6)	21.201	0.001**
	26-35	41 (%51.3)	43 (%86)		
	36-45	4 (%5)	4 (%8)		
++Eğitim	Okur-Yazar	11 (%13.8)	2 (%4)	6.246	0.182
	İlkokul	29 (%36.3)	13 (%26)		
	Ortaokul	19 (%23.8)	15 (%30)		
	Lise	13 (%16.3)	12 (%24)		
	Lisans Üstü	8 (%10)	8 (%16)		
++Doğum Yeri	Kırsal	25 (%31.3)	26 (%52)	5.633	0.060
	Şehir	34 (%42.5)	14 (%28)		
	Büyük Şehir	21 (%26.3)	10 (%20)		
+Yaşadığı Yer	Kırsal	4 (%5)	2 (%4)	0.081	1.000
	Şehir	10 (%12.5)	6 (%12)		
	Büyük Şehir	66 (%82.5)	42 (%84)		
++Aile Biçimi	Çekirdek	48 (%60)	26 (%52)	47.479	0.001**
	Eşinin Ailesiyle Birlikte	29 (%36.3)	0 (%0)		
	Kendi Ailesiyle Birlikte	3 (%3.8)	24 (%48)		
+Sosyal Durum	Ev Hanımı/Çalışmıyor	62 (%77.5)	6 (%12)	59.097	0.001**
	İşçi	16 (%20)	29 (%58)		
	Memur	2 (%2.5)	2 (%4)		
	Serbest Meslek	0 (%0)	13 (%26)		
+Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	16 (%20)	42 (%84)	64.461	0.001**
	Hiç Çalışmamış	52 (%65)	2 (%4)		
	Halen İşsiz	9 (%11.3)	0 (%0)		
	İş Arıyor	3 (%3.8)	6 (%12)		
++Gelir Durumu	0-500 TL	46 (%57.5)	6 (%12)	26.593	0.001**
	501-1000 TL	24 (%30)	32 (%64)		
	1001-1500 TL	6 (%7.5)	7 (%14)		
	1501 ve üzeri TL	4 (%5)	5 (%8)		
++Tedavi Masraflarını Kim Karşılıyor	Kendisi	6 (%7.5)	5 (%10)	2.144	0.543
	Sosyal Güvencesi	56 (%70)	29 (%58)		
	Bir Kısmı SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu) +Bir Kısmı Kendisi	10 (%12.5)	10 (%20)		
	Aile ve Yakın Çevre	8 (%10)	6 (%12)		

⁺Fisher's Exact Ki-Kare ⁺⁺Ki-Kare * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Cinsiyet değişkeni açısından grupların sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında kadın ve erkeklerin yaş grupları istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p < 0.01$). Erkeklerin çoğunluğunun 26- 35 yaş arasında olduğu söylenebilir. Aile

biçimine bakıldığında kendi ailesi ile birlikte yaşayan erkeklerin oranı kadınlardan istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Çalışma durumu ve Sosyal durum değişkenleri açısından çalışmakta olan erkeklerin oranı kadınların oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Gelir durumuna bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların gelirleri istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($p<0.01$). Cinsiyet Değişkenine göre sosyodemografik verilerin karşılaştırılmasına dair bulgular Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 8: Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Evliliklerine Yönelik Bilgiler

		Kadın	Erkek	X ²	p
N=130		N (%)	N (%)		
+Evlilik Sayısı	İlk	72 (%90)	50 (%100)	5.328	0.076
	İkinci	4 (%5)	0 (%0)		
	Üç ve Üstü	4 (%5)	0 (%0)		
++Evlilik Biçimi	Görücü Usulü İstemeden	13(%16.2)	2(%4)	4.800	0.100
	Görücü Usulü İsteyerek	53(%66.2)	36(%72)		
	Tanışarak	14(%17.5)	12(%24)		
+Evlilik Süresi	1-2 yıl	16(%20)	2(%4)	19.553	0.001**
	2-5 yıl	37(%46.2)	40(%80)		
	6-10 yıl	24(%30)	4(%8)		
	11 yıl ve üstü	3(%3.2)	4(%8)		
Evlilikte Şiddet Yaşanıyor mu?	Asla	56(%70)	(%64)	16.803	0.001**
	Birkaç kez	22(%27.5)	6(%12)		
	Arasıra	2(%2.5)	12(%24)		
Çocuk	Var	12(%15)	4(%8)	1.397	0.283
	Yok	68(%85)	46(%92)		

⁺Fisher’s Exact Ki-Kare ⁺⁺Ki-Kare ^{**} $p<0.01$

Cinsiyet değişkeni açısından grupların evliliklerine yönelik bilgileri karşılaştırılmıştır. Evlilik sayısı, evlilik biçimi ve çocuk sahibi olma açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Evlilik süresi açısından erkeklerin büyük bir kısmının 2- 5 yıllık evli olduğu, 1- 2 yıllık ve 6-10 yıllık evliliklerde ise kadınların oranının daha yüksek olduğu söylenebilir ($p<0.01$). Evlilikte şiddet değişkeni açısından, asla cevabı verenlerin oranının cinsiyetler arasında birbirine yakın olduğu, şiddetin ara sıra yaşandığını belirten erkeklerin oranının ise kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu söylenebilir. Bu karşılaştırmalara dair veriler Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 9: Cinsiyet Değişkenine Göre İnfertilite Bilgileri

		Kadın	Erkek	X ²	p
N=130		N (%)	N (%)		
İnfertilite Süresi	1-2Yıl	47(%58.8)	27(%54)	3.703	0.353
	3-5Yıl	21(%26.2)	19(%38)		
	6 yıl ve üstü	12(%15)	4(%8)		
İnfertilite Türü	Primer	55(%68.8)	46(%92)	9.597	0.002
	Sekonder	25(%31.2)	4(%8)		
İnfertilite Sebebi Biliniyor	Evet	14(%17.5)	25(%50)	13.967	0.001
	Hayır	66(%82.5)	25(%50)		
*İnfertilite Tedavi Süresi	1Yıldan Az	57(%71.2)	38(%76)	0.921	0.948
	1-2Yıl	14(%17.5)	8(%16)		
	3-5Yıl	4(%5)	2(%4)		
	6 Yıl ve üstü	5(%6.2)	2(%4)		
İnfertilite ile ilgili Tedavi Bilgisi	Var	24(%30)	4(%8)	12.407	0.002
	Yetersiz	29(%36.2)	31(%62)		
	Yok	27(%33.8)	15(%30)		
*Ešte İnfertilite Tanısı	Var	8(%10)	2(%4)	1.560	0.315
	Yok	72(%90)	48(%86)		
**Daha Önce Tedavi Yöntemi Kullanımı	Yok	43(%53.8)	32(%64)	0.938	0.333
	Var	37(%46.2)	18(%36)		

⁺Fisher's Exact ⁺⁺Ki-Kare ^{**}p<0.01

Cinsiyet değişkeni açısından grupların infertilite bilgileri karşılaştırılmıştır. İnfertilite süresi, tedavi süresi, eşte infertilite tanısı, daha önce tedavi yöntemi kullanımı değişkenleri açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). İnfertilite türü açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır (p<0.01). Primer infertil olan erkeklerin oranı kadınlardan yüksektir. İnfertilite sebebinin bilinmesi açısından da kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır (p<0.01). Sebebi bilinmeyen infertilite oranı kadınlarda daha yüksektir. Kadın ve erkek arasında tedavi bilgisini değerlendirme açısından da istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır (p<0.01) ve kadınlarda, infertilite ile ilgili tedavi bilgilerinin yetersiz bulma oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Bu karşılaştırmalara dair veriler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık Dağılımı

		Kadın	Erkek	X²	p
N=130		N (%)	N (%)		
**Jinekolojik / Ürolojik Hastalık	Var	6(%7.5)	1(%2)	4.599	0.098
	Yok	70(%87.5)	49(%98)		
	Hatırlamıyor	4(%5)	0(%0)		
*Ek tıbbi Hastalık	Yok	66(%82.5)	47(%94)	2.640	0.066
	Var	14(%17.5)	3(%6)		

⁺Fisher's Exact Ki-Kare ⁺⁺Ki-Kare ^{**}p<0.01

Cinsiyet değişkeni açısından katılımcıların Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık dağılımı karşılaştırılmıştır. Jinekolojik-Ürolojik ve Ek Tıbbi Hastalık açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05) . Bu karşılaştırmalara dair veriler Tablo 10'da verilmiştir

KATILIMCILARIN UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR İLE İLGİLİ DAĞILIMLAR

Tablo 11: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Alınan Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

N=130	Ort±SS
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA	
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.54±2.51
Aktif başa çıkma	11.43±2.26
Geri durma	10.55±2.11
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.04±2.01
Plan yapma	12.15±2.21
TOPLAM	55.71±7.88
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.34±2.31
Dini olarak başa çıkma	14.43±2.03
Şakaya vurma	7.48±2.41
Duygusal sosyal destek kullanımı	9.84±2.61
Kabullenme	10.85±2.16
TOPLAM	54.93±6.42
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA	
Zihinsel boş verme	10.18±2.13
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.12±2.45
İnkâr	7.12±2.24
Davranışsal olarak boş verme	7.06±2.03
Madde kullanımı	4.88±2.17
TOPLAM	40.37±6.22

Katılımcıların Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

N=130	Min-Max	Ort±SS
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği		
Sürekli öfke	11-39	23.25±5.51
Öfke içe atımı	8-30	17.58±4.70
Öfke kontrolü	8-32	20.65±4.77
Öfke dışa vurumu	9-30	16.78±5.03

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ve standart sapmaları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

N=130	Min-Max	Ort±SS
Beck Depresyon Envanteri	0-40	11.07±8.70

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanların ortalaması ve standart sapmaları Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 14: Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Ortalama Puan ve Standart Sapma Değerlerinin Dağılımı

N=130	Min-Max	Ort±SS
Spielberger Kaygı Envanteri		
STAI-D	20-59	41.89±6.84
STAI-S	22-63	46.88±6.15

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması ve standart sapmaları Tablo 14’te verilmiştir.

CİNSİYET DEĞİŞKENİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR

Tablo 15: Cinsiyet Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

N=130	Kadın	Erkek	t/z	p
	(N=80)	(N=50)		
	Ort±SS	Ort±SS		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)				
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Yararlı sosyal destek kullanımı	11.74±2.53	11.22±2.48	^a 1.142	0.255
+Aktif başa çıkma	11.49±2.21	11.34±2.37	^a 0.360	0.719
+Geri durma	10.69±2.02	10.34±2.24	^a 0.912	0.364
++Diğer meşguliyetleri bastırma	10.06±2.01	10.00±2.05	^b -0.199	0.842
+Plan yapma	12.28±2.27	11.94±2.13	^a 0.837	0.404
+TOPLAM	56.25±7.72	54.84±8.12	^a 0.992	0.323
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.48±2.11	12.12±2.58	^a 0.855	0.394
++Dini olarak başa çıkma	14.63±1.99	14.12±2.07	^b -1.294	0.196
++Şakaya vurma	7.36±2.25	7.68±2.66	^b -0.588	0.557
+Duygusal sosyal destek kullanımı	10.43±2.63	8.90±2.31	^a 3.363	0.001**
+Kabullenme	10.90±2.23	10.76±2.07	^a 0.357	0.721
++TOPLAM	55.78±6.01	53.58±6.89	^b -1.782	0.075
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA				
+Zihinsel boş verme	10.39±1.95	9.86±2.37	^a 1.378	0.171
++Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.66±2.36	10.26±2.38	^b -3.339	0.001**
+İnkâr	6.84±2.22	7.58±2.22	^a -1.852	0.066
++Davranışsal olarak boş verme	7.36±2.15	6.58±1.73	^b -1.934	0.053
++Madde kullanımı	4.74±1.95	5.12±2.49	^b -1.490	0.136
+TOPLAM	40.98±5.91	39.40±6.64	^a 1.420	0.158

⁺ Student t test ⁺⁺ Mann-Whitney U, ^a t değeri, ^b z değeri, ^{**} p<0.01

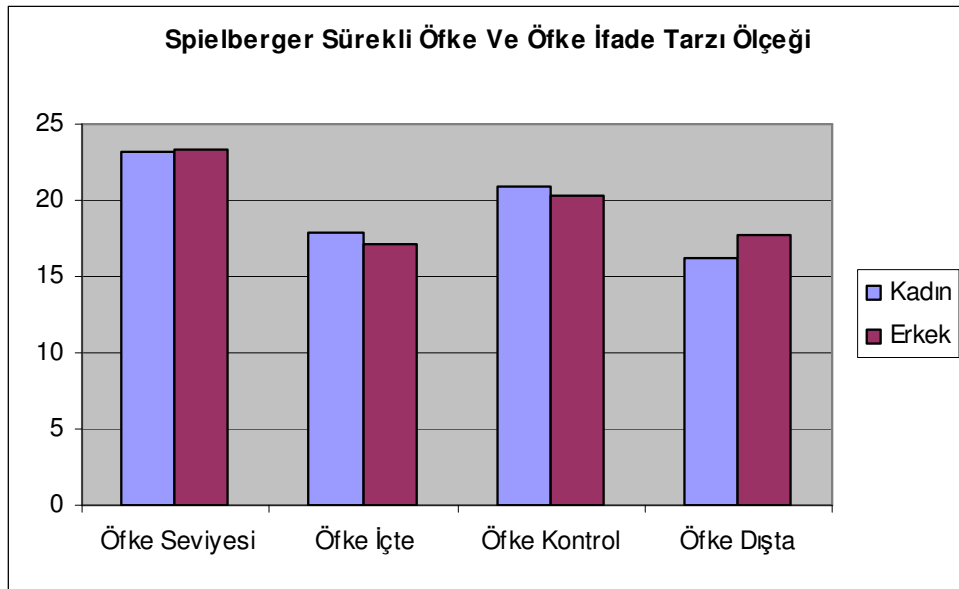
Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ile Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt ölçeklerinden alınan puanlar cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır (p<0.01). Kadın katılımcılar her iki alt ölçekte de erkek katılımcılardan yüksek puan almışlardır. Cinsiyet değişkenine göre diğer alt ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Cinsiyet değişkenine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 16: Kadın ve Erkek Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması

N=130	Kadın	Erkek	t	p
	(n=80)	(N=50)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Min-Max	Min-Max		
	Ort±SS	Ort±SS		
Sürekli öfke	11-36 23.22±5.77	13-39 23.28±5.14	-0.55	0.956
Öfke içe atımı	8-30 17.90±4.88	8-25 17.06±4.40	0.99	0.324
Öfke kontrolü	8-32 20.84±4.93	10-27 20.34±4.53	0.57	0.565
Öfke dışı vurumu	9-40 16.14±5.08	10-30 17.80±4.83	-1.84	0.67

Student t test

Kadın ve erkek katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular tablo 16 ve Grafik 4’de verilmiştir.



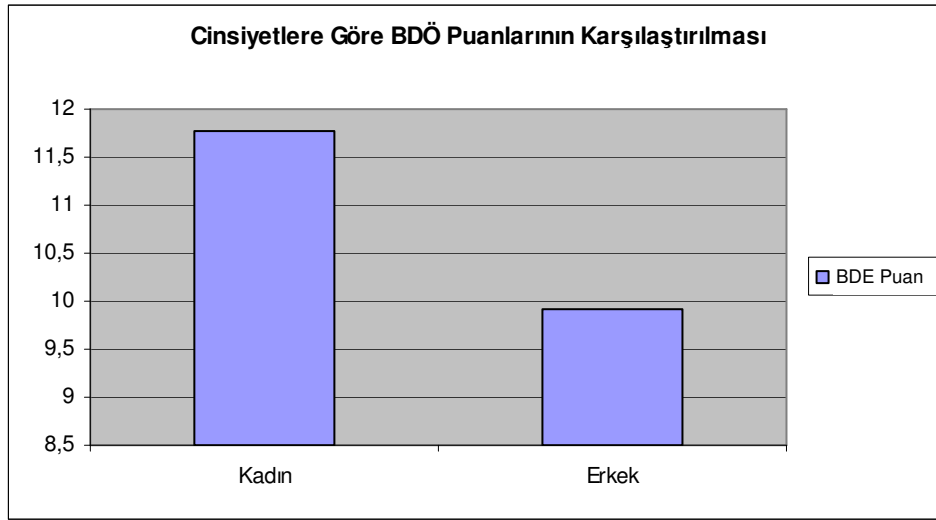
Grafik 4: Spielberger sürekli öfke ve öfke irade tarzı ölçeği

Tablo 17: Kadın ve Erkek Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=130	Kadın (n=80)		Erkek (N=50)		Z	p
	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS		
Beck Depresyon Envanteri	0-40	11.79±9.32	0-26	9.92±7.56	-0.959	0.338

Mann-Whitney U

Kadın ve erkek katılımcıların Beck Depresyon Envanterine göre aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 17 ve Grafik 5’de verilmiştir.



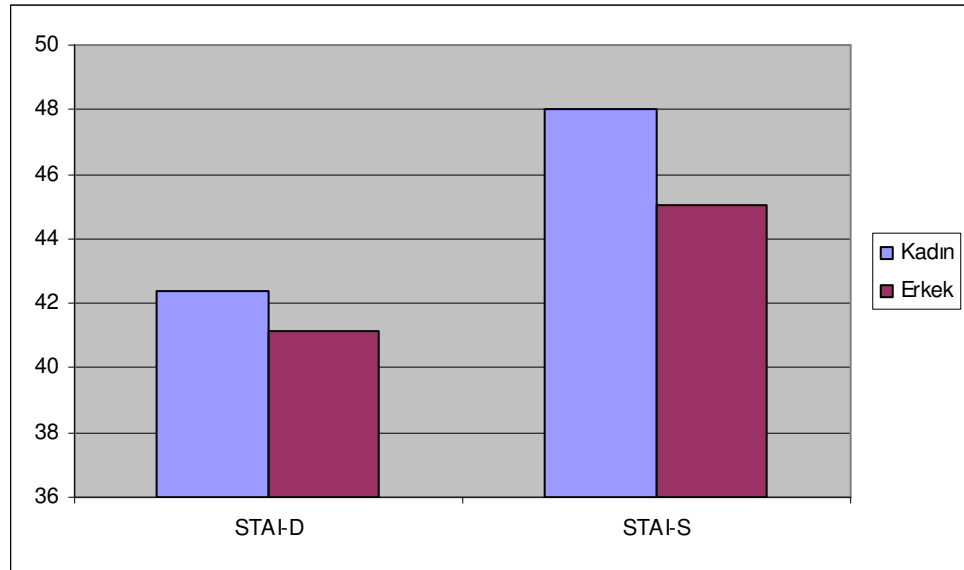
Grafik 5: Cinsiyete göre BDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 18: Kadın ve Erkek Katılımcıların Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Ortalama Puanların Karşılaştırılması

N=130	Kaygı	Kadın (n=80)		Erkek (N=50)		Z/t	p
		Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS		
Spielberger Envanteri	++STAI-D	23-59	42.36±6.70	20-53	41.14±7.06	-0.197	0.844
		+STAI-S	38-63	48.01±5.32	22-57	45.06±6.97	2.72

+ *Mann-Whitney U* ++ *Student t test* ** $p<0.01$

Kadın ve erkek katılımcıların Spielberger Kaygı Envanteri STAI-S'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek puan almışlardır. Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 18 ve Grafik 6'da verilmiştir.



Grafik 6:Cinsiyete göre STAI-D/STAI-S puanlarının karşılaştırılması

**YAŞ DEĞİŞKENİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN
PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR**

Tablo 19: Yaşa Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

N=130	18-25	26-35	36-45	F/ χ^2	p
	(n=38)	(n=84)	(n=8)		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)					
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
+Yararlı sosyal destek kullanımı	12.00±2.64	11.42±2.44	10.62±2.56	^a 1.271	0.284
+ Aktif başa çıkma	11.84±2.54	11.29±2.19	11.00±1.30	^a 0.943	0.392
++ Geri durma	11.00±2.15	10.39±2.05	10.12±2.41	^b 1.989	0.370
+ Diğer meşguliyetleri bastırma	10.63±2.12	9.81±1.98	9.62±1.30	^a 2.403	0.095
+ Plan yapma	12.39±2.46	12.06±2.05	11.88±2.85	^a 0.359	0.699
+ TOPLAM	57.86±8.75	54.96±7.46	53.25±6.34	^a 2.233	0.111
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
+ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.89±2.26	12.25±2.30	10.62±1.50	^a 3.523	0.032*
++Dini olarak başa çıkma	14.92±1.88	14.30±2.00	13.50±2.67	^b 5.407	0.067
+Şakaya vurma	7.68±2.54	7.25±2.13	9.00±3.96	^a 2.132	0.123
+Duygusal sosyal destek kullanımı	10.55±2.66	9.58±2.58	9.12±2.23	^a 2.154	0.120
+Kabullenme	10.97±2.35	10.95±2.05	9.12±1.80	^a 2.768	0.067
++ TOPLAM	57.02±6.20	54.33±6.49	51.37±3.81	^b 9.557	0.008**
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA					
+Zihinsel boş verme	10.92±2.12	9.90±2.10	9.62±1.68	^a 3.392	0.037*
++ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.45±2.69	11.01±2.38	10.75±2.05	^b 0.696	0.706
+İnkâr	7.74±2.59	6.94±2.05	6.12±1.95	^a 2.549	0.082
+Davranışsal olarak boş verme	7.26±2.35	7.05±1.91	6.25±1.48	^a 0.823	0.441
++Madde kullanımı	5.05±2.33	4.67±1.79	6.38±4.10	^b 1.789	0.409
+TOPLAM	42.42±7.30	39.57±5.62	39.12±4.91	^a 3.006	0.053

Oneway ANOVA Test ++*Kruskal Wallis Test*, **p<0.05* ***p<0.01* ^a*F değeri* ^b*ki kare*

Yaşa göre katılımcıların başa çıkma tutumları karşılaştırılmıştır. Normal dağılan verilerde yapılan tek yönlü ANOVA'ya göre pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile zihinsel boş verme tutumlarında yaşlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre 18- 25 yaş grubunun pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu puanı 36- 45 yaş grubundan yüksektir ($p<0.05$). Zihinsel boş verme tutumunda ise 18- 25 yaş grubu 26- 35 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 19'da gösterilmektedir.

Normal dağılım göstermeyen verilere Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Bu analizin sonucuna göre duygusal odaklı başa çıkma toplam puanda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 18-25 yaş grubunun hem 26-35 yaş grubundan ($p<0.05$) hem de 36-45 yaş grubundan ($p<0.01$) yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 20: Yaşa Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	18-25 (n=38)	26-35 (n=84)	36-45 (n=8)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F/ χ^2	p
*Sürekli öfke	22.97±5.87	23.52±5.54	21.62±2.97	0.494 ^a	0.611
**Öfke içe atımı	17.50±5.03	17.45±4.75	19.25±1.58	2.110 ^b	0.384
+Öfke kontrolü	20.95±5.09	20.83±4.42	17.25±5.97	2.207 ^a	0.114
+Öfke dışa vurumu	15.55±4.37	17.18±4.70	15.88±4.12	1.763 ^a	0.176

*Oneway ANOVA **Kruskal Wallis ^aF değeri ^bKi kare

Yaş değişkenine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 20' de gösterilmektedir.

Tablo 21: Yaşa Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	18-25 (n=38)	26-35 (n=84)	36-45 (n=8)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	χ^2	p
Beck Depresyon Envanteri	10.79±8.06	11.38±8.95	7.38 ±5.87	1.353	0.508

Kruskal Wallis

Yaş değişkenine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 22: Yaşa Göre Katılımcıların Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130					
	18-25 (n=38)	26-35 (n=84)	36-45 (n=8)		
Spielberger Kaygı Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
STAI-D	42.03±7.23	42.17±6.70	38.38±6.11	1.134	0.325
STAI-S	48.71±6.07	46.30±6.00	44.25±6.84	2.865	0.061

Oneway ANOVA

Yaş değişkenine göre katılımcıların Spielberger’in Durumluk(STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanteri(STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 22’de gösterilmektedir.

**EĞİTİM DURUMUNA GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN
PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR**

Tablo 23:Eğitim Düzeyine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

	Okur-Yazar (n=13)	İlkokul (n=42)	Ortaokul (n=34)	Lise (n=25)	Lisans ve Üstü (n=16)	F/ χ^2	p
N=130	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)							
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA							
+Yararlı sosyal destek kullanımı	12.00±2.41	12.07±2.41	11.47±2.68	10.44±2.36	11.62±2.44	^a 1.829	0.127
+Aktif başa çıkma	10.92±2.56	11.52±2.27	11.53±2.09	11.24±2.45	11.69±2.24	^a 0.286	0.886
+Geri durma	10.54±1.45	10.55±2.49	10.91±1.640	10.16±2.37	10.44±2.06	^a 0.465	0.761
+Diğer meşguliyetleri bastırma	10.15±2.70	9.88±2.06	10.24±1.61	10.00±2.43	10.00±1.46	^b 1.573	0.814
+Plan yapma	11.31±2.17	12.57±2.22	12.09±1.76	11.96±2.52	12.12±2.60	^a 0.898	0.467
+TOPLAM	54.92±9.02	56.59±8.14	56.23±6.91	53.80±8.45	55.87±7.64	^a 0.564	0.689
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA							
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.54±2.29	13.21±2.24	11.97±2.24	11.52±2.40	11.94±1.84	^a 2.826	0.028*
+Dini olarak başa çıkma	15.23±1.48	14.74±1.83	14.35±2.21	13.88±2.06	14.00±2.30	^b 6.336	0.175
+Şakaya vurma	8.15±2.41	7.14±2.11	7.35±2.29	6.96±2.09	8.94±3.37	^a 2.312	0.061
+Duygusal sosyal destek kullanımı	11.15±2.07	10.19±2.96	9.74±2.23	8.60±2.61	10.00±2.22	^a 2.563	0.042*
+Kabullenme	10.62±1.04	11.64±2.46	10.82±1.80	10.28±2.37	9.88±1.82	^b 10.322	0.035*
+TOPLAM	57.69±4.11	56.92±6.93	54.23±5.14	51.24±7.60	54.75±4.20	^b 18.486	0.001**
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA							
+Zihinsel boş verme	10.85±1.95	10.00±2.13	10.44±1.92	10.16±2.49	9.62±2.12	^a 0.787	0.536
+Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	13.00±2.27	11.38±2.35	10.85±2.37	10.16±2.59	11.00±2.09	^b 12.710	0.013*
+İnkâr	8.38±3.15	6.69±2.17	7.32±1.78	7.12±1.81	6.81±2.85	^b 4.494	0.343
+Davranışsal olarak boş verme	8.85±1.34	7.10±2.02	7.29±2.02	6.60±2.02	5.75±1.52	^a 5.202	0.001**
+Madde kullanımı	5.77±2.45	4.55±2.01	4.79±1.47	4.92±2.44	5.19±3.06	^b 7.667	0.105
+TOPLAM	46.84±6.16	39.71±5.06	40.70±6.21	38.96±6.24	38.37±6.33	^a 4.927	0.001**

+Oneway ANOVA Test ++Kruskal Wallis Test, * $p<0.05$ ** $p<0.01$ ^aF değeri ^bki kare

Eğitim Durumuna göre katılımcıların başa çıkma tutumları karşılaştırılmıştır. Normal dağılım verilerde yapılan tek yönlü ANOVA'ya göre pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı($p<0.05$) ile davranışsal olarak boş verme puanları($p<0.01$) arasında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan

çoklu karşılaştırma testine göre ilkokul mezunlarının pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu puanı lise mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Okuryazar olanların duygusal sosyal destek kullanımı tutum puanları lise mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$) Davranışsal boş verme tutumu puanlarına bakıldığında okuryazar grup ilkokul ($p<0.05$), lise ve lisans-lisansüstü ($p<0.01$) eğitim görmüş olan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları toplam puan açısından okuryazar grup diğer tüm eğitim düzeyindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.01$) Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 23'te gösterilmektedir.

Normal dağılım göstermeyen verilere Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Bu analizin sonucuna göre eğitim türüne göre kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma toplam ($p<0.05$), soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma ($p<0.01$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark vardır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Kabullenme tutumu puanları açısından bakıldığında eğitim düzeyi ilkokul olan grubun lise ve lisans-lisansüstü eğitim grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Duygusal odaklı başa çıkma toplam puanda lise grubunun okuryazar, ilkokul ($p<0.01$), ortaokul ve lisans-lisansüstü ($p<0.05$) gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan aldığı bulunmuştur. Okuryazar ve ilkokul grubunun aldıkları puanlar diğer eğitim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla, $p<0.05$; $p<0.01$; $p<0.05$).

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu puanları açısından eğitim durumu okuryazar olan grup diğer tüm eğitim düzeyindeki gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır (sırasıyla, $p<0.05$; $p<0.05$; $p<0.01$; $p<0.05$). Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu puanları açısından eğitim düzeyi ilkokul olan grubun aldığı puan lise grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 24: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130		Okur-Yazar (n=13)	İlkokul (n=42)	Ortaokul (n=34)	Lise (n=25)	Lisans ve Üstü (n=16)		
Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Sürekli öfke		27.69±4.82	24.14±5.85	23.26±5.64	20.28±4.11	21.88±4.01	4.992	0.001**
Öfke içe atımı		20.08±5.82	18.17±4.74	17.94±4.74	15.56±3.42	16.38±4.27	2.675	0.035*
Öfke kontrolü		22.15±4.07	22.36±4.41	19.18±5.03	20.32±4.67	18.56±4.32	3.529	0.009**
Öfke dışı vurumu		17.69±4.90	17.50±4.92	15.76±4.65	14.92±3.92	17.94±3.62	2.101	0.085

Oneway ANOVA * $p<0.05$ ** $p<0.01$

Eğitim durumuna göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre sürekli öfke, öfke kontrolü ($p<0.01$) ve öfke içe atımı ($p<0.05$) alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Öfke dışı vurumu alt ölçeğinde ise eğitim durumuna göre alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 24'te verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre sürekli öfke alt ölçeğinde okuryazar olan grup lise grubundan ($p<0.01$) ve lisans-lisansüstü grubundan ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Ayrıca aynı alt ölçekte ilkokul mezunlarının aldığı puan lise mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Bu alt ölçekte diğer eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Öfke içe atımı alt ölçeğinde okuryazar grubun aldığı puan lise grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Bu alt ölçekte diğer eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Öfke kontrolü alt ölçeğinde ilkokul mezunlarının aldığı puan ile ortaokul mezunlarının aldığı puan arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu alt ölçekte diğer eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 25: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	Okur- Yazar (n=13)	İlkokul (n=42)	Ortaokul (n=34)	Lise (n=25)	Lisans ve Üstü (n=16)	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Beck Depresyon Envanteri	19.54±11.57	12.64±8.63	10.91±6.84	6.96±5.74	5.94±5.97	7.78	0.001**

*Oneway ANOVA ** $p<0.01$*

Eğitim durumuna göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 25'de verilmiştir

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, okuryazar ve ilkokul eğitim düzeyi gruplarının aldıkları puanlar lise ve lisan-yükseklisans eğitim düzeyi gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130							
	Okur-Yazar (n=13)	İlkokul (n=42)	Ortaokul (n=34)	Lise (n=25)	Lisans ve Üstü (n=16)		
Spielberger Kaygı Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
STAI-D	44.77±5.91	42.31±6.68	39.24±5.51	43.88±6.11	41.00±9.37	2.614	0.038*
STAI-S	49.92±6.37	47.83±5.25	46.50±6.09	46.20±5.07	43.75±8.54	2.274	0.065

Oneway ANOVA * $p < 0.05$

Eğitim durumuna göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında STAI-D ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p < 0.05$), STAI-S alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 26'da verilmiştir.

STAI-D ölçeğinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, lise grubundakiler ortaokul grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p < 0.05$).

DOĞUM YERİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Doğum yerine göre katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum yerine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum yerine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum yerine göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

YAŞANILAN YERE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR

Yaşanılan yere göre katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 27: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	Kırsal	Şehir	Büyükşehir	F	p
	(n=6)	(n=16)	(n=108)		
Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Sürekli öfke	25.50±3.20	21.56±6.05	23.37±5.50	1.279	0.282
Öfke içe atımı	19.17±2.71	16.12±4.08	17.70±4.85	1.146	0.321
Öfke kontrolü	22.67±3.50	17.31±5.37	21.03±4.56	5.091	0.007**
Öfke dışı vurumu	17.83±1.72	14.38±3.77	16.89±4.74	2.341	0.100

*Oneway ANOVA **p<0.01*

Yaşanılan yere göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre sürekli öfke, öfke içe atımı ve öfke dışı vurumu ölçeklerinde alınan puanlar arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Öfke kontrolü alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 27'de verilmiştir.

Öfke kontrolü ölçeğinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre büyük şehirde yaşayanların şehirde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($p:0.010$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	Kırsal (n=6)	Şehir (n=16)	Büyükşehir (n=108)	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Beck Depresyon Envanteri	18.67±9.62	13.75±11.07	10.12±7.83	3.992	0.021*

*Oneway ANOVA *p<0.05*

Yaşanılan yere göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 28'de verilmiştir

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, kırsal kesimde yaşayanların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan büyükşehirde yaşayanların aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 29: Yaşanılan Yere Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	Kaygı	Kırsal (n=6)	Şehir (n=16)	Büyükşehir (n=108)	F	p
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
STAI-D		41.67±4.71	38.19±5.64	42.45±6.97	2.786	0.065
STAI-S		47.50±1.37	44.44±5.20	47.20±6.38	1.448	0.239

Oneway ANOVA

Yaşanılan yere göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 29'da verilmiştir.

**AİLE BİÇİMİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN
PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR**

Tablo 30: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

N=130	Çekirdek (n=74)	Eşinin Ailesi (n=29)	Kendi Ailesi (n=27)	F/ χ^2	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)					
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
+Yararlı sosyal destek kullanımı	11.58±2.50	11.62±2.51	^a 11.33±2.63	0.114	0.882
⁺⁺ Aktif başa çıkma	11.66±2.07	11.45±2.50	^b 10.78±2.45	2.742	0.254
+Geri durma	10.69±2.06	10.83±2.25	^a 9.89±2.02	1.752	0.178
+Diğer meşguliyetleri bastırma	9.92±1.98	10.45±2.14	^a 9.93±1.97	0.768	0.466
+Plan yapma	12.49±2.26	11.90±2.11	^a 11.48±2.08	2.315	0.103
+TOPLAM	56.33±7.20	56.24±8.69	^a 53.40±8.60	1.464	0.235
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
⁺⁺ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.46±2.12	12.93±2.26	^b 11.37±2.57	6.451	0.040*
⁺⁺ Dini olarak başa çıkma	14.45±1.98	14.59±1.78	^b 14.22±2.43	0.070	0.966
⁺⁺ Şakaya vurma	7.51±2.74	7.28±1.98	^b 7.63±1.88	1.544	0.462
⁺⁺ Duygusal sosyal destek kullanımı	9.66±2.73	10.72±2.54	^b 9.37±2.18	5.055	0.080
+Kabullenme	10.91±2.23	10.76±2.19	^a 10.78±2.00	0.064	0.938
+TOPLAM	54.98±6.24	56.27±6.19	^a 53.37±7.02	1.444	0.240
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA					
+Zihinsel boş verme	10.38±2.19	10.14±2.11	^a 9.70±1.95	1.001	0.370
⁺⁺ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.27±2.49	11.48±2.23	^b 10.33±2.51	5.394	0.067
⁺⁺ İnkâr	6.66±2.20	7.38±2.07	^b 8.11±2.24	9.796	0.007**
+Davranışsal olarak boş verme	6.92±1.99	7.48±1.99	^a 7.00±2.18	0.814	0.445
⁺⁺ Madde kullanımı	5.07±2.62	4.62±1.39	^b 4.67±1.33	0.741	0.690
+TOPLAM	40.29±6.25	41.10±6.18	^a 39.81±6.33	0.310	0.734

⁺Oneway ANOVA Test ⁺⁺Kruskal Wallis Test, * $p<0.05$ ** $p<0.01$ ^aF değeri ^bki kare

Aile Biçimine göre katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Normal dağılım göstermeyen verilere Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Bu analizin sonucuna göre gruplar arasında pozitif yeniden yorumlama alt ölçeği ($p<0.05$) ve inkar alt ölçeğinden ($p<0.01$) alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 30'da verilmiştir.

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Pozitif yeniden yorumlama alt ölçeğinde eşinin ailesi ile yaşayanların aldıkları puan, kendi ailesi ile yaşayanların aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

İnkâr alt ölçeğinde kendi ailesi ile birlikte yaşayanların aldıkları puan çekirdek aile biçiminde yaşayanların aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 31: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130					
	Çekirdek (n=74)	Eşinin Ailesi (n=29)	Kendi Ailesi (n=27)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Sürekli öfke	23.09±5.30	22.90±5.62	24.04±6.09	0.360	0.698
Öfke içe atımı	17.14±4.82	18.10±5.34	18.22±3.57	0.759	0.470
Öfke kontrolü	21.38±4.52	21.10±5.17	18.15±4.28	4.995	0.008**
Öfke dışı vurumu	16.69±4.36	14.52±3.76	18.70±5.21	6.267	0.003**

*Oneway ANOVA **p<0.01*

Aile biçimine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre öfke kontrolü ve öfke dışı vurumu ($p<0.01$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sürekli öfke ve öfke dışı vurumu alt ölçeklerinde ise aile biçimine göre alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular tablo 31'de verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre öfke kontrolü alt ölçeğinde çekirdek aile grubu kendi ailesi ile yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.01$). Öfke dışı vurumu alt ölçeğinde ise kendi ailesi ile yaşayanlar eşinin ailesi ile yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.01$).

Tablo 32: Aile Biçimine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130		Çekirdek (n=74)	Eşinin Ailesi (n=29)	Kendi Ailesi (n=27)	F	p
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Beck	Depresyon	8.85±8.22	13.45±9.63	14.07±6.52	5.657	0.004**
Envanteri						

Oneway ANOVA ** $p<0.01$

Aile biçimine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 32'de verilmiştir

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre, çekirdek aile ile yaşayanların aldıkları depresyon puanları hem eşinin ailesi ile yaşayanlardan ($p<0.05$) hem de kendi ailesi ile birlikte yaşayanlardan ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Eşinin ailesi ve kendi ailesi ile birlikte yaşayanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33: Aile Biçime Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130		Çekirdek (n=74)	Eşinin Ailesi (n=29)	Kendi Ailesi (n=27)		
Spielberger Envanteri	Kaygı	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	P
STAI-D		42.49±7.14	42.49±7.14	39.96±6.14	1.384	0.254
STAI-S		46.95±6.05	48.10±5.53	45.37±6.94	1.396	0.251

Oneway ANOVA

Aile biçimine göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 33'de gösterilmektedir.

EVLİLİK BİÇİMİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR

Tablo 34: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

N=130	Görücü usulü- istemeden (n=15)	Görücü usulü- İsteyerek (n=89)	Tanışarak (n=26)	F/ χ^2	p
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)					
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.53±2.74	11.96±2.40	10.69±2.47	4.07	0.019*
Aktif başa çıkma	10.20±2.56	11.75±2.08	11.04±2.45	3.647	0.029*
Geri durma	9.73±1.94	10.78±1.93	10.27±2.66	1.880	0.157
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.00±2.33	10.15±1.95	9.69±2.07	0.508	0.603
Plan yapma	10.67±2.49	12.43±2.14	12.04±2.01	4.292	0.016*
TOPLAM	51.13±9.02	57.05±7.00	53.70±7.88	4.932	0.009**
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11.87±2.20	12.45±2.26	12.23±2.53	0.443	0.643
Dini olarak başa çıkma	14.13±2.58	14.72±1.88	13.62±2.00	3.265	0.041*
Şakaya vurma	7.67±2.99	7.55±2.33	7.15±2.41	0.315	0.730
Duygusal sosyal destek kullanımı	9.53±3.18	10.04±2.44	9.31±2.85	0.914	0.403
Kabullenme	10.00±2.50	10.94±2.01	11.00±2.43	1.307	0.274
TOPLAM	53.20±8.27	55.70±5.86	53.30±6.86	2.057	0.132
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA					
Zihinsel boş verme	10.07±2.25	10.21±2.01	10.15±2.50	0.033	0.967
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.07±2.08	11.42±2.54	10.15±2.14	2.732	0.069
İnkâr	7.73±2.08	7.20±2.36	6.50±1.81	1.627	0.201
Davranışsal olarak boş verme	8.60±2.16	7.06±1.96	6.19±1.69	7.321	0.001**
**Madde kullanımı	5.80±1.89	4.81±2.42	4.62±1.09	^b 0.741	0.690
TOPLAM	43.26±4.90	40.69±6.29	37.61±5.80	4.529	0.013*

Oneway ANOVA Test ⁺⁺*Kruskal Wallis Test, *p<0.05* ^{**}*p<0.01* ^b*ki kare*

Evlielik biçimine göre normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; Sorun odaklı başa çıkma toplam, davranışsal olarak boş verme(p<0.01), yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, plan yapma, dini olarak başa çıkma, işlevsel olmayan başa çıkma toplam (p<0.05) ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 34'de verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre sorun odaklı başa çıkma toplam, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma ölçeklerinde görücü usulü-isteyerek evlenen grup görücü usulü istemeyerek evlenen gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$).

Dini başa çıkma biçimine bakıldığında görücü usulü-isteyerek evlenen grubun tanışarak evlenen gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Davranışsal olarak boş verme başa çıkma biçimi açısından gruplar karşılaştırıldığında görücü usulü istemeyerek evlenen grubun tanışarak evlenen ($p<0.01$) ve görücü usulü-isteyerek evlenen gruptan ($p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimi toplam puan açısından ise görücü usulü istemeyerek evlenen grup tanışarak evlenen gruptan yüksek puan almıştır ($p<0.05$).

Tablo 35: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	Görücü usulü-istemedi (n=15)	Görücü usulü-İsteyerek (n=89)	Tanışarak (n=26)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Sürekli öfke	23.87±6.12	23.52±5.60	21.96±4.82	0.906	0.407
Öfke içe atımı	15.13±3.24	18.09±4.89	17.23±4.40	2.691	0.072
Öfke kontrolü	17.67±5.28	21.40±4.45	19.77±4.89	4.747	0.010*
Öfke dışı vurumu	15.00±4.50	17.12±4.48	15.85±4.91	1.851	0.161

Oneway ANOVA * $p<0.05$

Evlilik biçimine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre öfke kontrolü alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular tablo 35'de verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre öfke kontrolü alt ölçeğinde görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin aldıkları

puan görücü usulü ile istemeyerek evlenenlerin aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 36: Evlilik Biçimine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130		Görücü usulü- istemeden (n=15)	Görücü usulü- İsteyerek (n=89)	Tanışarak (n=26)		
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Beck	Depresyon	14.60±11.63	10.46±7.70	10.58±9.10	1.552	0.216
Envanteri						

Oneway ANOVA

Evlilik biçimine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 36'da verilmiştir

Tablo 37: Evlilik Biçime Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130		Görücü usulü- istemeden (n=15)	Görücü usulü- İsteyerek (n=89)	Tanışarak (n=26)		
Spielberger Kaygı Envanteri		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
STAI-D		41.47±4.05	41.65±7.57	42.96±5.40	0.398	0.673
STAI-S		46.67±6.44	47.02±6.17	44.77±5.36	3.192	0.044*

*Oneway ANOVA * $p<0.05$*

Evlilik biçimine göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-S alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 37'de verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre STAI-S ölçeğinde görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin aldıkları puanın tanışarak evlenenlerin aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

EVLİLİK SÜRESİNE GÖRE UYGULANAN ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Evlilik süresine göre normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova, normal dağılmayan gruplarda Kruskal Wallis testiyle karşılaştırılmıştır. Evlilik süresine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$)

Evlilik süresine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Evlilik süresine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evlilik Süresine göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

**İNFERTİLİTEYE İLİŞKİN DEĞİŞKENLERE GÖRE UYGULANAN
ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE
BUNLARLA İLGİLİ DAĞILIMLAR**

Tablo 38: İnfertilite Süresine Göre Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

N=130	İnfertilite Süresi				F / X ²	p
	1-2 yıl (N=74)	3-5 yıl (N=40)	6-10 yıl (N=13)	11 yıl ve üzeri(N=3)		
Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA						
+Yararlı sosyal destek kullanımı	11.35±2.36	11.68±2.77	11.77±2.71	13.33±1.52	^a 0.717	0.544
+Aktif başa çıkma	11.30±2.52	11.58±1.96	11.77±1.64	11.33±2.51	^a 0.234	0.872
+Geri durma	10.43±2.35	10.85±1.76	10.38±1.71	10.33±2.08	^a 0.376	0.770
+Diğer meşguliyetleri bastırma	10.18±2.03	10.03±1.99	9.54±2.11	9.00±1.73	^a 0.641	0.590
+Plan yapma	11.97±2.32	12.38±2.02	12.15±2.26	13.33±2.08	^a 0.573	0.633
+TOPLAM	55.22±8.84	56.50±6.43	55.61±6.46	57.33±8.08	^a 0.264	0.851
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA						
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.14±2.46	12.60±2.03	12.69±2.21	12.33±2.51	^a 0.461	0.710
+Dini olarak başa çıkma	14.15±2.29	14.70±1.62	15.08±1.49	15±1.000	^b 1.869	0.600
+Şakaya vurma	7.46±2.11	7.55±3.04	7.31±2.28	8.00±1.000	^b 0.853	0.836
+Duygusal sosyal destek kullanımı	9.85±2.54	9.70±2.77	9.46±2.47	13±1000	^a 1.613	0.190
+Kabullenme	10.69±2.27	11.03±1.95	11.23±2.16	10.67±2.88	^b 2.297	0.513
+TOPLAM	54.28±7.06	55.57±5.44	55.76±5.46	59±5.56	^b 1.918	0.590
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA						
+Zihinsel boş verme	10.09±2.21	10.53±2.05	9.54±2.06	10.67±1.15	^a 0.831	0.479
+Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.95±2.47	11.30±2.34	11.31±2.98	12.33±0.57	^b 1.708	0.635
+İnkâr	7.53±2.48	6.80±1.80	5.69±1.49	7.67±1.15	^a 3.031	0.032*
+Davranışsal olarak boş verme	7.05±2.25	7.15±1.70	6.54±1.26	8.33±3.21	^b 1.605	0.658
+Madde kullanımı	4.62±1.71	5.48±2.86	4.69±2.21	4.33±0.57	^b 3.363	0.339
+TOPLAM	40.24±6.88	41.25±4.43	37.76±6.78	43.33±5.85	^a 1.268	0.288

⁺Oneway ANOVA Test ⁺⁺Kruskal Wallis Test, ^aF değeri, ^bX² değeri *p<0.05

İnfertilite süresi ve Başa Çıkma Tutumları ölçeğinin alt ölçekleri karşılaştırıldığında; gruplara göre İnkâr alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (p<0.05). Homojen dağılan gruplarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırma tekniklerinden Bonferroni testine göre 1- 2 yıl infertilite süresi olanların inkâr alt ölçeğinden aldıkları puanlar, 6- 10 yıldır infertilitesi olanların aldıkları puanlardan yüksek bulunmuştur. Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 38’de gösterilmektedir.

Tablo 39: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	1-2 Yıl (n=74)	3-5 Yıl (n=40)	6-10 Yıl (n=13)	11 Yıl ve Üzeri (n=3)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Sürekli öfke	22.22±5.19	25.22±5.55	24.08±6.00	18.67±2.08	3.563	0.016*
Öfke içe atımı	17.23±4.78	17.88±4.57	19.23±4.95	15.00±2.00	1.024	0.385
Öfke kontrolü	20.72±4.81	20.70±4.36	19.85±6.14	21.67±4.16	0.171	0.916
Öfke dışı vurumu	16.32±4.45	17.08±4.87	18.92±8.12	14.67±2.08	1.216	0.307

Oneway ANOVA * $p<0.05$

İnfertilite süresine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre sürekli öfke alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 39'da verilmiştir.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre sürekli öfke alt ölçeğinde 3- 5 yıldır infertil olan grup 1- 2 yıldır infertil olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$).

Tablo 40: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	1-2 Yıl (n=74)	3-5 Yıl (n=40)	6-10 Yıl (n=13)	11 Yıl ve Üzeri (n=3)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Beck Depresyon Envanteri	10.28±7.39	12.08±10.92	13.62±8.28	6±5.56	1.09	0.056

Oneway ANOVA

İnfertilite süresine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında Beck Depresyon Envanteri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 40'da verilmiştir

Tablo 41: İnfertilite Süresine Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130	1-2 Yıl (n=74)	3-5 Yıl (n=40)	6-10 Yıl (n=13)	11 Yıl ve Üzeri (n=3)		
Spielberger Kaygı Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
STAI-D	41.32±7.47	42.15±5.07	43.85±8.24	44±5.19	0.631	0.596
STAI-S	46.36±5.76	48.15±6.63	46.08±7.29	46±2.64	0.831	0.479

Oneway ANOVA

İnfertilite süresine göre katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda yapılan Tek Yönlü Anova'ya göre gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya ait veriler tablo 41'de verilmiştir.

Tablo 42: İnfertilite Sebebinin Bilinme Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

N=130	İnfertilite	İnfertilite	t/z	p
	Sebebi Biliniyor (N=39)	Sebebi Bilinmiyor (N=91)		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	Ort±SS	Ort±SS		
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Yararlı sosyal destek kullanımı	12.08±2.16	11.31±2.62	^a 1.608	0.110
+Aktif başa çıkma	11.49±2.21	10.97±1.84	^a -1.511	0.133
++Geri durma	10.56±1.74	10.55±2.26	^b -0.546	0.585
++Diğer meşguliyetleri bastırma	9.62±1.77	10.22±2.09	^b -1.447	0.148
++Plan yapma	12.03±2.01	12.20±2.31	^b -0.272	0.786
+TOPLAM	55.25±7.43	55.91±8.09	^a -0.426	0.671
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11.87±1.93	12.54±2.42	^a -1.521	0.131
++Dini olarak başa çıkma	15.05±1.63	14.16±2.13	^b -2.706	0.007**
++Şakaya vurma	6.85±2.32	7.68±2.66	^b -1.837	0.066
++Duygusal sosyal destek kullanımı	9.82±3.05	9.85±2.42	^b -0.103	0.918
+Kabullenme	10.62±2.07	10.95±2.21	^a -0.794	0.428
++TOPLAM	54.21±6.74	55.25±6.29	^b -1.140	0.254
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA				
+Zihinsel boş verme	9.90±2.24	10.31±2.08	^a -1.006	0.316
++Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.85±2.39	11.24±2.48	^b -0.999	0.318
+İnkâr	7.28±2.32	7.05±2.21	^a 0.527	0.599
+Davranışsal olarak boş verme	7.13±2.21	7.01±1.96	^a 0.244	0.808
++Madde kullanımı	4.41±1.46	5.09±2.39	^b -2.296	0.022*
+TOPLAM	39.56±6.78	40.72±5.97	^a -0.975	0.332

⁺ Student t test ⁺⁺ Mann-Whitney U, ^a t değeri, ^b z değeri, * p<0.05 ** p<0.01

İnfertilite sebebinin bilinme değişkenine göre başa çıkma tutumlarını değerlendirildiğinde; infertilite sebebini bilen grupta dini olarak başa çıkma alt ölçek puanları, infertilite sebebini bilmeyen grubun aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). İnfertilite sebebini bilen grupta madde kullanımı alt ölçek puanları, infertilite sebebini bilmeyen grubun aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p<0.05). Karşılaştırmaya ilişkin veriler Tablo 42’de gösterilmektedir.

Tablo 43: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=130	Sebep Biliniyor (n=39)		Sebep Bilinmiyor (N=91)		t	p
	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS		
Sürekli öfke	13-39	23.72±5.85	11-36	23.04±5.38	0.637	0.525
Öfke içe atımı	8-30	18.15±4.94	8-30	17.33±4.60	0.915	0.362
Öfke kontrolü	10-30	20.62±4.88	8-32	20.66±4.75	-0.048	0.962
Öfke dışı vurumu	9-30	16.92±5.07	9-40	16.71±5.04	0.216	0.829

Student t test

İnfertilite sebebinin bilinip bilinmemesine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular tablo 43’de verilmiştir.

Tablo 44: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=130	Sebep Biliniyor (n=39)		Sebep Bilinmiyor (N=91)		Z	p
	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS		
Beck Depresyon Envanteri	1-39	12.82±9.17	0-40	10.32±8.44	-1.466	0.143

Mann-Whitney U

İnfertilite sebebinin bilinip bilinmemesine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmaya dair bulgular tablo 44’te verilmiştir.

Tablo 45: İnfertilite Sebebinin Bilinip Bilinmemesine Göre Katılımcıların Spielberger'in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N=130	Sebeup Biliniyor (n=39)	Sebeup Bilinmiyor (N=91)		t	p	
		Min-Max	Ort±SS			Min-Max
Spielberger Kaygı Envanteri						
STAI-D	20-59	39.62±6.28	35-59	42.87±6.87	-2.535	0.012*
STAI-S	22-61	45.82±7.01	40-63	47.33±5.73	-1.284	0.202

Student t test

İnfertilite sebebi bilinmeyenlerin Spielberger Kaygı Envanteri STAI-D'den aldıkları puanlar infertilite sebebi bilinenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Bu karşılaştırmaya dair bulgular Tablo 45'te verilmiştir.

Tablo 46: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması

N=130	İnfertilite Tedavi Süresi				F / X ²	P
	0-1 yıl (N=95)	1-2 yıl (N=22)	3-5 yıl (N=6)	6 yıl ve üzeri(N=7)		
Başu Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
SORUN ODAKLI BAŞU ÇIKMA						
+Yararlı sosyal destek kullanımı	11.55±2.41	11.73±2.84	10.83±3.71	11.43±2.14	^a 0.200	0.897
+Aktif başu çıkma	11.40±2.42	11.82±1.91	11.00±1.26	11.00±1.82	^a 0.372	0.774
⁺⁺ Geri durma	10.45±2.20	11.14±2.05	10.32±1.21	10.29±1.61	^b 2.609	0.456
⁺⁺ Diğer meşguliyetleri bastırma	10.05±2.01	10.86±2.03	8.17±1.16	8.86±1.06	^b 12.307	0.006**
+Plan yapma	12.09±2.21	12.23±2.34	12.83±2.56	12.00±2.08	^a 0.225	0.879
+TOPLAM	55.54±8.11	57.72±7.42	53.16±6.79	53.57±6.77	^a 0.894	0.446
DUYGUSAL ODAKLI BAŞU ÇIKMA						
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12.41±2.29	12.45±2.38	12.17±2.41	11.14±2.26	^a 0.686	0.562
⁺⁺ Dini olarak başu çıkma	14.38±2.02	14.41±2.26	15.33±1.63	14.43±1.81	^b 2.133	0.545
⁺⁺ Şakaya vurma	7.40±2.09	8.14±3.66	5.83±2.13	8.00±1.15	^b 3.595	0.309
+Duygusal sosyal destek kullanımı	9.78±2.49	9.11±2.95	9.17±3.43	11.00±2.58	^a 0.609	0.610
+Kabullenme	10.81±2.18	11.23±2.04	10.17±2.85	10.71±1.79	^a 0.435	0.728
⁺⁺ TOPLAM	54.77±6.52	56.13±6.18	52.66±5.21	55.28±7.31	^b 1.604	0.659
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞU ÇIKMA						
+Zihinsel boş verme	10.08±2.12	10.23±2.42	11.33±1.86	10.43±1.27	^a 0.680	0.566
⁺⁺ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11.20±2.46	10.77±2.61	10.33±1.86	11.86±2.41	^b 1.958	0.581
+İnkâr	7.18±2.38	7.27±2.02	6.33±1.63	6.57±1.27	^a 0.435	0.728
⁺⁺ Davranışsal olarak boş verme	7.23±2.06	6.27±1.98	6.50±1.22	7.71±1.97	^b 4.854	0.183
⁺⁺ Madde kullanımı	4.83±2.01	5.23±2.84	4.00±0.000	5.29±2.98	^b 2.149	0.542
+TOPLAM	40.52±6.27	39.77±6.41	38.50±3.39	41.85±7.35	^a 0.396	0.756

⁺Oneway ANOVA Test ⁺⁺Kruskal Wallis Test, ^aF değeri, ^bX² değeri *p<0.01

İnfertilite Tedavi Süresine Göre Başa Çıkma Tutumlarının değerlendirilmesi; İnfertilite tedavi süresi ile Başa Çıkma Tutumları alt ölçeklerinden diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeğinden puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; infertilite tedavi süresi 1- 2 yıl olan grubun diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeğinden aldıkları puanlar, infertilite tedavi süresi 3- 5 yıl olan grubun puanlarından yüksektir. Diğer alt ölçekler ve infertilite süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 46'da gösterilmektedir.

Tablo 47: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130							
		1 Yıldan Az (n=95)	1-2 Yıl (n=22)	3-5 Yıl (n=6)	6 Yıl ve Üzeri (n=7)		
Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F/ χ^2	p
+Sürekli öfke		23.41±5.70	23.41±4.78	22.50±5.82	21.14±5.42	0.405 ^a	0.750
++Öfke içe atımı		17.66±5.08	17±3.51	18.33±2.65	17.57±4.39	0.169 ^b	0.911
+Öfke kontrolü		20.71±4.75	21.05±3.78	19.83±5.15	19.29±7.76	0.299 ^a	0.826
+Öfke durumu	dışa	16.72±5.26	17.41±4.23	17.17±4.21	15.29±5.28	0.332 ^a	0.802

⁺Oneway ANOVA ⁺⁺Kruskal Wallis ^aF değeri ^bKi kare

İnfertilite Tedavi süresine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 47'de verilmiştir.

Tablo 48: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130						
	1 Yıldan Az (n=95)	1-2 Yıl (n=22)	3-5 Yıl (n=6)	6 Yıl ve Üzeri (n=7)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
Beck Depresyon Envanteri	11.26±8.61	11.95±10.19	5 ±3.63	10.86±7.22	1.06	0.366

Oneway ANOVA

İnfertilite tedavi süresine göre katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 48’de verilmiştir.

Tablo 49: İnfertilite Tedavi Süresine Göre Katılımcıların Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

N:130						
	1 Yıldan Az (n=95)	1-2 Yıl (n=22)	3-5 Yıl (n=6)	6 Yıl ve Üzeri (n=7)		
Spielberger Kaygı Envanteri	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
STAI-D	42.14±6.82	40.32±6.34	43.17±5.52	42.43±9.98	0.506	0.679
STAI-S	47.27±6.52	46.64±4.06	43.17±2.99	45.43±8.05	0.998	0.396

Oneway ANOVA

İnfertilite tedavi süresine göre katılımcıların Spielberger’in Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı Envanterinden (STAI-S) aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılan gruplar arasında STAI-D ve STAI-S alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 49’da gösterilmektedir.

UYGULANAN ÖLÇEKLERİN CİNSİYETLERE GÖRE İLİŞKİLERİ

Tablo 50: Cinsiyete göre Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Beck Depresyon ve Spielberger Kaygı Envanteri İlişkileri

	Spielberger Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği			
	Sürekli öfke	Öfke içe atımı	Öfke kontrolü	Öfke dışı vurumu
Kadın				
Beck Depresyon Envanteri	0.306**	0.190	-0.056	0.164
STAI-D	0.114	0.030	0.155	0.033
STAI-S	0.149	-0.140	-0.005	0.050
Erkek				
Beck Depresyon Envanteri	0.342*	0.120	-0.156	0.456**
STAI-D	-0.004	-0.004	0.185	0.045
STAI-S	0.312*	0.413**	0.240	0.241

Pearson korelasyon analizi * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Katılımcıların cinsiyetine göre Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Beck Depresyon ve Spielberger Kaygı Envanteri ilişkileri karşılaştırılmıştır. Kadın katılımcıların sürekli öfke düzeyi ile Beck Depresyon Envanteri arasında anlamlı derecede pozitif bir ilişki vardır ($p < 0.01$). Erkek katılımcıların ise Beck Depresyon Envanteri ile sürekli öfke düzeyi ($p < 0.05$), öfke dışı vurumu puanı ($p < 0.01$) arasında ve STAI-S ölçeği ile sürekli öfke düzeyi ($p < 0.05$) ve öfke içe atımı ölçeği ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon göstermektedir. Bu karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 50'de gösterilmiştir.

Tablo 51: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri ve Spielberger Kaygı Envanteri Arasındaki İlişki

	Spielberger Kaygı Envanteri	
	STAI-D	STAI-S
Kadın		
Beck Depresyon Envanteri	-0.116	0.300**
Erkek		
Beck Depresyon Envanteri	-0.050	0.375**

Pearson korelasyon analizi ** $p < 0.01$

Katılımcıların cinsiyetine göre Beck Depresyon ile Spielberger Kaygı Envanteri ilişkisi karşılaştırılmıştır. Hem kadın hem de erkek katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar ile STAI-S ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). Bu karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 51’de gösterilmiştir.

Tablo 52: Kadın katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Kadın (n:80)	Sürekli öfke	Öfke içe atımı	Öfke kontrolü	Öfke dışı vurumu
Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	r	r	r	r
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Yararlı sosyal destek kullanımı	0.045	0.264*	0.053	-0.129
+Aktif başa çıkma	-0.136	-0.109	0.243*	-0.047
+Geri durma	-0.136	0.048	0.331**	-0.240**
++Diğer meşguliyetleri bastırma	-0.245*	-0.188	0.113	-0.341**
+Plan yapma	-0.178	-0.093	0.263*	-0.249*
+TOPLAM	-0.173	-0.003	0.286*	-0.280*
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA				
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-0.112	0.062	0.465**	-0.256*
++Dini olarak başa çıkma	0.080	-0.005	0.021	-0.039
++Şakaya vurma	0.185	0.151	0.027	0.043
++Duygusal sosyal destek kullanımı	-0.005	-0.019	0.209	-0.229*
+Kabullenme	0.100	0.120	0.099	-0.055
++TOPLAM	0.126	0.171	0.273*	-0.218
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA				
+Zihinsel boş verme	0.169	0.162	0.013	0.038
+Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	0.221*	0.122	0.019	0.257*
+İnkâr	-0.041	-0.127	-0.060	-0.148
++Davranışsal olarak boş verme	0.187	0.012	-0.247*	0.001
++Madde kullanımı	0.144	-0.138	-0.242*	-0.27
+TOPLAM	0.239*	0.014	-0.200	0.048

+Pearson korelasyon analizi, ++ Spearman’s rho korelasyon analizi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Katılımcıların cinsiyetine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki incelenmiştir. Kadın katılımcıların sürekli öfke düzeyi ile başa çıkma tutumlarından diğer meşguliyetleri bastırma ile negatif, işlevsel olmayan başa çıkma toplam ve soruna odaklanma-duyguları açığa vurma ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0.05$).

Öfke içe atımı ölçeği ile yararlı sosyal destek kullanımı arasında pozitif yönde

anlamli bir iliŒki vardir ($p<0.05$). Öfke kontrolü ölçeği ile aktif baŒa çıkma, plan yapma, sorun odaklı baŒa çıkma toplam, duygusal odaklı baŒa çıkma toplam ($p<0.05$), geri durma, pozitif yeniden yorumlama ve geliŒme ($p<0.01$) ile pozitif yönde, davranıŒsal olarak boŒ verme, madde kullanımı ($p<0.05$) ile negatif yönde anlamli bir iliŒki gösterdiği bulunmuŒtur.

Öfke dıŒa vurumu ölçeği ile geri durma, diğer meŒguliyetleri bastırma ($p<0.01$), plan yapma, sorun odaklı baŒa çıkma toplam, pozitif yeniden yorumlama ve geliŒme, duygusal sosyal destek kullanımı ($p<0.05$) ile negatif, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p<0.05$) ile pozitif yönde anlamli bir iliŒki göstermektedir. Bu karŒılaŒtırmaya iliŒkin veriler tablo 52’de gösterilmiŒtir.

Tablo 53: Erkek katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle BaŒa ıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İliŒki

Erkek (n:50)	Sürekli öfke	Öfke ie atımı	Öfke kontrolü	Öfke dıŒa vurumu
BaŒa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	r	r	r	r
SORUN ODAKLI BAŒA ÇIKMA				
+Yararlı sosyal destek kullanımı	0.0217	-0.068	0.120	0.177
+Aktif baŒa ıkma	0.298*	0.143	0.001	0.339*
+Geri durma	0.373**	0.080	-0.088	0.418**
++Diğer meŒguliyetleri bastırma	0.249*	-0.041	-0.201	-0.317*
+Plan yapma	0.236	-0.043	0.203	0.233
+TOPLAM	0.407**	0.022	0.029	0.419**
DUYGUSAL ODAKLI BAŒA ÇIKMA				
+Pozitif yeniden yorumlama ve geliŒme	0.133	-0.164	0.381**	0.180
++Dini olarak baŒa ıkma	0.150	-0.031	0.323*	0.033
+Œakaya vurma	0.152	-0.038	-0.440**	0.386**
+Duygusal sosyal destek kullanımı	0.150	-0.170	0.060	0.139
+Kabullenme	0.331*	-0.041	0.028	0.298*
+TOPLAM	0.303*	-0.141	0.090	0.356*
İŒLEVSEL OLMAYAN BAŒA ÇIKMA				
+Zihinsel boŒ verme	0.309*	0.073	-0.022	0.117
++Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	0.241	-0.085	0.109	0.155
+İnkâ	0.185	0.382**	0.087	0.155
+DavranıŒsal olarak boŒ verme	-0.87	0.225	0.192	-0.348*
++Madde kullanımı	-0.51	0.151	-0.032	-0.24
+TOPLAM	0.268	0.253	0.117	0.176

⁺Pearson korelasyon analizi, ⁺⁺ Spearman’s rho korelasyon analizi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Erkek katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri İle BaŒa ıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İliŒki incelenmiŒtir. Sürekli öfke

seviyesi ile başa çıkma tutumlarından aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma toplam, zihinsel boş verme ($p<0.05$), geri durma, sorun odaklı başa çıkma toplam ($p<0.01$) ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Öfke içe atımı ölçeği ile inkar tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.01$). Öfke kontrolü ölçeği ile pozitif yeniden yorumlama-gelişme ($p<0.01$) ve dini olarak başa çıkma ($p<0.01$) ile pozitif, şakaya vurma ($p<0.01$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Öfke dışa vurumu ölçeği ile aktif başa çıkma, diğer meşguliyetleri bastırma, kabullenme, duygusal odaklı başa çıkma toplam, ($p<0.05$), geri durma, sorun odaklı başa çıkma toplam, şakaya vurma ($p<0.01$) ile pozitif, davranışsal olarak boş verme ile negatif ($p<0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Bu karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 53'te gösterilmiştir

Tablo 54: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri, Spielberg Kaygı Envanteri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Kadın (n:80)	Beck Depresyon	STAI-D	STAI-S
Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	r	r	r
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA			
+Yararlı sosyal destek kullanımı	-0.74	0.036	-0.51
+Aktif başa çıkma	-0.146	-0.024	-0.009
+Geri durma	-0.171	-0.106	-0.119
++Diğer meşguliyetleri bastırma	0.044	-0.097	0.016
+Plan yapma	-0.114	0.004	-0.040
+TOPLAM	-0.133	-0.055	-0.067
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA			
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	-0.255*	0.089	-0.078
++Dini olarak başa çıkma	0.089	0.105	0.042
++Şakaya vurma	0.070	0.149	0.135
++Duygusal sosyal destek kullanımı	0.076	0.100	-0.035
+Kabullenme	-0.129	-0.003	0.002
++TOPLAM	-0.50	0.189	0.090
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA			
+Zihinsel boş verme	-0.043	0.063	0.017
+Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	0.184	0.091	0.232*
+İnkâr	-0.052	-0.024	-0.042
++Davranışsal olarak boş verme	0.138	-0.142	0.111
++Madde kullanımı	0.138	-0.085	0.158
+TOPLAM	0.191	-0.013	0.167

*Pearson korelasyon analizi, ++ Spearman's rho korelasyon analizi, * $p<0.05$,

Katılımcıların cinsiyetine göre Beck Depresyon Envanteri, STAI-D, STAI-S İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki incelenmiştir. Kadın katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan ile pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

STAI-D ölçeği ile hiçbir başa çıkma tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). STAI-S ölçeği ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 54'te gösterilmiştir

Tablo 55: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Envanteri, Spielberg Kaygı Envanteri İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Erkek (n:50)	Beck Depresyon	STAI-D	STAI-S
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	r	r	r
SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA			
+Yararlı sosyal destek kullanımı	0.494**	0.159	0.310*
+Aktif başa çıkma	0.122	-0.252	0.221
+Geri durma	0.066	-0.111	0.201
++Diğer meşguliyetleri bastırma	0.087	-0.357*	0.267
+Plan yapma	0.222	0.001	0.185
+TOPLAM	0.294*	-0.154	0.290*
DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA			
+Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	0.059	-0.038	0.275
++Dini olarak başa çıkma	0.190	0.086	0.532**
+Şakaya vurma	-0.090	-0.096	-0.015
+Duygusal sosyal destek kullanımı	0.260	0.003	0.314*
+Kabullenme	0.335*	-0.154	0.246
+TOPLAM	0.229	-0.048	0.392**
İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA			
+Zihinsel boş verme	-0.098	0.105	0.394**
++Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	0.050	-0.160	0.296*
+İnkâr	0.180	0.068	0.504**
+Davranışsal olarak boş verme	0.103	-0.018	0.239
++Madde kullanımı	-0.180	0.104	0.200
+TOPLAM	0.148	0.021	0.597**

*Pearson korelasyon analizi, ** Spearman's rho korelasyon analizi, * $p<0.05$, * $p<0.01$

Katılımcıların cinsiyetine göre Beck Depresyon Envanteri, STAI-D, STAI-S İle Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki incelenmiştir. Erkek katılımcıların Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar ile, yararlı sosyal destek kullanımı ($p<0.01$), sorun odaklı başa çıkma toplam ve kabullenme tutumları($p<0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

STAI-D ölçeğinden alınan puanlar ile diğer meşguliyetleri bastırma tutumu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). STAI-S ölçeği ile yararlı sosyal destek kullanımı, sorun odaklı başa çıkma toplam, duygusal sosyal destek kullanımı, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p<0.05$), dini olarak başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma toplam, zihinsel boş verme, inkar ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam ($p<0.01$) ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu karşılaştırmaya ilişkin veriler tablo 55'de gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmada Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi infertilite ve androloji polikliniklerinden, psikiyatrik birinci eksen tanısı bulunmayan, infertilite tanısı konulup tedavisi invaziv olmayan tedavi yöntemleri ile planlanma aşamasında olan 97 kadın ve 91 erkek infertil hasta ile görüşüldü. Benzer hasta sayısına infertilite polikliniğinde iki, androloji polikliniğinde ise yaklaşık beş aylık zaman diliminde ulaşıldı. Kadın hastalar çalışmaya katılmak konusunda istekli, yapılan çalışmanın hedefi, kendi psikolojik süreçleri konusunda meraklı, sorular soran ve sürece dahil olmaya çalışan bir tutum sergilerken erkekler çalışmaya katılmak konusunda isteksizdi. Erkekler çalışmaya katılmak istememe nedenlerini sıklıkla; işe yetişmesi gerektiği ve vaktinin olmadığı, psikiyatrik yardım istemediği, soruları yanıtlamayı anlamsız bulduğu gibi nedenlerle açıklarken, kadınlarda katılmama nedeni büyük oranda; eşi ile birlikte geldiği ve eşinin beklemek istemediği şeklindeydi. Çalışma 80 kadın, 50 erkek infertil hasta ile tamamlandı. Oran olarak hastaların % 61,5'i kadın, % 38,5'i erkekti.

Literatür, infertil erkeklere göre infertil kadınların günlük yaşamının infertilite sürecinden daha fazla etkilendiği, daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları, çocuk sahibi olabilmek için daha çok yatırım yaptıkları ve daha çok tedavi yönelimli oldukları bilgisini içermektedir (39). Çocuk sahibi olma istekleri daha güçlüdür ve genel olarak erkeklerden daha fazla kendilerini ifade etme eğilimindedirler (81). Ulaşılabilen kadınların çalışmaya katılma konusunda daha gönüllü olmaları bu çıkarsamalarla uyumludur.

Çalışmaya katılan erkekler 26- 35 yaş grubunda yoğunlaşırken kadınlar 18- 25 ve 26- 35 yaş gruplarında benzer oranda yer almışlardır. Bunun nedeni toplumumuzda kadınların erkelere göre daha erken yaşta evlenmeleri ve infertilite sorunu ile daha erken yaşlarda karşılaşılıyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda, yaş değişkenine göre gruplar arasında depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kadının yaşı ile infertilite tedavi başarısı arasında oldukça önemli bir ilişki vardır (113). Yaşın ilerlemesi ile birlikte umutların azalması, depresyon ve anksiyete bulgularında artış olabileceği düşünülse de zamanla kişilerin mevcut durumu kabullenmesi ve süreçle uyum göstermesi sonucu bu semptomların erken dönemlere göre daha düşük seviyelerde gözlenmesi de beklenebilir. Ancak hem bizim çalışmamız hem de literatür bu önermeleri doğrulamamakta; depresyon ve kaygı düzeyinin yaştan etkilenmediğini ortaya koymaktadır (114, 115). Literatürde, infertil kişilerin sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçiminin yaşla ilişkisine dair bir veri bulunamamıştır.

Yaş değişkenine göre katılımcıların başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında 18-25 yaş grubu; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu puanında 36-45 yaş grubundan, zihinsel boş verme tutumunda 26-35 yaş grubundan, duygusal odaklı başa çıkma toplam puanında ise hem 26-35 yaş grubundan hem de 36-45 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

Onsekiz- yirmibeş yaş grubunun diğer gruplara göre bir avantajı, çocuk sahibi olabilmek için önünde uzun bir zaman diliminin olmasıdır ve bu sayede sorunla etkin bir şekilde baş etmek yerine zihinsel boş verme ya da pozitif yeniden yorumlama ve gelişme gibi sorunun çözümü için aktif uğraş gerektirmeyen, edilgen olabileceği ve yaşamış olduğu emosyonel zorluklara kısa vadede çözümler getirip daha iyi hissetmesini sağlayan, duygusal yükünü azaltan baş etme yöntemlerini seçmiş olması anlaşılabilir. Diğer yandan bu yaş grubunda duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerinin ön plana çıkması, bu yaş grubunun daha çok kadınlardan oluşması ve bu yöntemlerin aslında daha çok kadınların kullandığı yöntemler olması nedeniyle olabilir ve bununla ilgili daha net veriler için daha çok sayıda katılımcıyı içeren çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmaya katılanların % 10'u okuryazar, % 32.3'ü ilkökul, % 26.2'si ortaokul, % 19.2'si lise mezunu idi. Lisans-lisansüstü oranı % 12.3 bulundu. Eğitim durumu cinsiyete göre farklılaşmamakla birlikte kadınlarda en büyük dilimi % 36.3 ile ilkökul mezunları, erkeklerde ise % 30'luk oran ile ortaokul mezunları oluşturdu. Bu sonuç, literatürde yer alan yüksek eğitim seviyelerinin düşük üreme oranları ile ilişkili olduğu

ifadesi ile çelişmektedir (25). Çalışmaya katılanların eğitim düzeyinin düşük olması, toplum genelinin eğitim düzeyi ile ilişkili gibi görünmektedir.

Eğitim durumuna göre katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırılmış, okuryazar ve ilkokul eğitim düzeyi gruplarının aldıkları puanlar lise ve lisans-lisansüstü eğitim düzeyi gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni okuryazar ve ilkokul mezunu grubun sosyoekonomik düzeyi daha düşük, daha geleneksel yapıya sahip bir çevreden geliyor olmaları, toplumsal baskı ve stigmaya daha fazla maruz kalmaları ve süreci anlamak, değerlendirmek, bilgiye ulaşmak konusunda daha kısıtlı imkânlarla sahip olmaları ile ilişkili olabilir. Literatürde kadınlar için yüksek eğitim düzeyi ve çalışıyor olmanın infertilite ile baş etmeyi kolaylaştırıcı ve kadını destekleyici bir özellik olduğu vurgulanmaktadır (116).

Okuryazar ve ilkokul mezunları duygusal odaklı başa çıkma, özellikle de pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme tutumlarını diğer eğitim gruplarından daha çok kullanmaktadır. Bu grup sorunu tüm yönleriyle ele almak, verileri doğru değerlendirmek, çıkarsamalar yapmak gibi daha teknik bir yaklaşım gerektiren ve sorunu uzun vadede çözmeyi hedefleyen sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmak konusunda yeterli donanıma sahip olmayabilir ve bu durum, sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmamasını açıklayabilir. Öte yandan öne çıkan başa çıkma tutumları işlevsel başa çıkma tutumlarıdır ve duygusal anlamda kişinin daha iyi hissetmesine hizmet eder ve problem tarafından yaratılan duygusal stresi yönetmeye odaklanır. Belki duygu odaklı başa çıkma yöntemleri yaşanan stresin doğası gereği, özellikle seçilmektedir. Eğitim düzeyi düşük grubun toplumsal baskı ve stigmatı daha fazla hissetme, süreçle ilgili bilgiye ulaşma güçlüğü gibi stres yaratan faktörlere daha fazla maruz kaldığı varsayıldığında, daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları da söylenebilir. Daha fazla psikolojik stresin; diğerlerinden yardım arama ve kişinin baş etme repertuarı boşaldığında durumu yeniden değerlendirme mekanizmalarını kullanmaya neden olduğu gösterilmiştir (108). Stres düzeyi arttıkça kişilerin daha çok duygu odaklı başa çıkma biçimlerini kullandıkları yönünde veriler bulunmaktadır (9).

Okuryazar grupta eğitim düzeyi daha yüksek olanlara göre sürekli öfke seviyesi ve içe atılan öfkenin daha yüksek olması da yine; yaşanan stresin daha yoğun olması,

sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanamama ve kişilerin yetersizlik, çaresizlik duygularını, toplumsal baskı ve suçlamaları daha yoğun hissetmeleri ve bunların sonucunda kendilerini daha çok suçluyor olmaları ile ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılanların % 68.5'i görücü usulü ile isteyerek, % 20'si tanışarak, % 11.5'i görücü usulü ile istemeden evlenmişlerdi. Evlilik biçimi açısından bakıldığında kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Bu sonuçlarla, katılımcıların büyük bir kısmının evlilik konusunda geleneksel tutum sergilediği, eş seçiminde ailelerin devreye girerek evlenecek kişilere arabuluculuk ettikleri, evlenecek kişilerin rızasının alındığı; daha küçük bir oranda, aile büyüklerinin evlenilecek kişi konusunda bireylere baskı yaptığı ve bireylerin karşı koymayarak istemediği kişilerle evlendiği, % 20'lik bir kesimin ise evlenirken eşlerini tamamen kendilerinin seçtiği söylenebilir.

Evlilik biçimine göre katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamış, sürekli kaygı ölçeğinde görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin aldıkları puan, tanışarak evlenenlerin aldıkları puandan yüksek bulunmuştur. Evlilik biçimi bir yönüyle kişilerin yaşam biçimi, yaşama bakışlarını yansıtmakta; geleneksel mi, kendi kararlarını kendisi verebiliyor mu, kararlarına saygı duyuluyor mu gibi konularda ipucu vermektedir ve bu durum kuşkusuz eskiden beri devam eden bir sürecin uzantısıdır. Gruplar arasında depresyon açısından farklılık olmaması, farklılık gibi görünen durumların kişilerin yaşamında yeni olmaması, zorla evlendirilen kişinin zaten önceden de hiçbir kararına saygı duyulmaması ya da tanışarak evlenen kişi için bunun zaten olması gereken şey olması ve kişilerin yaşamlarında bu durumlara alışık olmaları ile açıklanabilir. Sürekli kaygının görücü usulü ile isteyerek evlenen çiftlerde tanışarak evlenenlerden yüksek olmasının nedeni, bu aile yapısının daha geleneksel ve çocuk isteklerinin daha keskin olması, her iki eşin ailesi ve yakınlarının sürece daha çok dahil ve müdahale ediyor olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Evlilik biçimine göre katılımcıların başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında; görücü usulü ile isteyerek evlenen grup, görücü usulü ile istemeyerek evlenen gruptan sorun odaklı başa çıkma toplam puanı ile yine bu gruba ait olan yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı

derecede yüksek puan almıştır. Bu alt ölçekler oldukça işlevsel, soruna uzun vadeli çözümler getirmeyi sağlayan, soğukkanlı kalabilmeyi gerektiren başa çıkma tutumlarıdır ve görücü usulü ile isteyerek evlenme biçiminin infertil bireyler için etkin başa çıkma yöntemlerinin kullanımını arttırdığı sonucunu ortaya koymaktadır. Görücü usulü, kişilere dışarıdan bakan, hangi özelliklerin ön plana çıktığı ve bunların hangi özelliklerle bütünleşebileceğini değerlendirebilen, çıkabilecek olası sorunları öngörebilen, her iki tarafın birbirleri ile daha geniş bir iletişim içinde olduğu bir evlenme biçimidir ve eşlerin karşılaştıkları infertilite sorunu ile baş etmelerinde olumlu etkileri var gibi görünmektedir. Dini başa çıkma biçimine bakıldığında görücü usulü ile isteyerek evlenen grubun tanışarak evlenen gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur. Bu da yine geleneksel yapı ile açıklanabilir.

Görücü usulü ile istemeyerek evlenen grup işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını diğer gruplara göre daha büyük oranda kullanmakta ve öfkesini kontrol etmekte isteyerek evlenen gruba göre daha çok zorlanmaktadır ki bu sonuç beklenen bir sonuçtur ve anlaşılabilir.

Katılımcıların % 56.9'u çekirdek aile yapısına sahipken, % 22.3'ü eşinin ailesi, % 20.8'i kendi ailesi ile birlikte yaşıyordu. Çekirdek aile yapısı kadınlarda % 60 iken erkeklerde % 52 bulundu. Kadınların % 36.3'ü eşinin ailesi ile birlikte yaşarken erkeklerden hiçbiri eşinin ailesi ile yaşamıyordu. Kendi ailesi ile birlikte yaşayan erkeklerin oranı % 48 iken bu oran kadınlarda % 3.8 bulundu. Kendi ailesi ile birlikte yaşayan erkeklerin oranının kadınlardan istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı.

Aile biçimine göre katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırılmış, çekirdek aile ile yaşayanların aldıkları depresyon puanları hem eşinin ailesi ile yaşayanlardan hem de kendi ailesi ile birlikte yaşayanlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Eşinin ailesi ve kendi ailesi ile birlikte yaşayanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çoğunluğu doğu ülkelerinden olmak üzere birçok çalışma, yakınların ve ailelerin infertil çiftlere tepkilerinin, özellikle kadınların depresif semptomlar geliştirmesinde çok etkili olduğunu göstermektedir (13). Bu durum bizim çalışmamız için de geçerlidir. Toplumumuzun geleneksel yapıda olması, çocuk sahibi olmanın zorunluluk gibi algılanması ve bu konuda çiftlere baskı yapılması yanında, bir de bu aile büyükleri ile

birlikte yaşanması, kişileri depresif bir sürece taşıyor gibi görünmektedir. Çalışmamızda aile yapısı ile durumluk-sürekli kaygı arasında bir ilişki gösterilememiştir. Gülseren ve arkadaşları kocaları ve kocalarının aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamışlardır (13).

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçeğinde, eşinin ailesi ile yaşayanların aldıkları puan kendi ailesi ile yaşayanların aldıkları puandan anlamlı derecede yüksekken, inkar alt ölçeğinde kendi ailesi ile birlikte yaşayanların aldıkları puan çekirdek aile biçiminde yaşayanların aldıkları puandan anlamlı derecede yüksektir.

İnfertil olan eş çoğunlukla çocuk sahibi olmak konusundaki yetersizliği nedeniyle suçluluk yaşar. Bu suçluluk hem annelik-babalık rolüne sahip olamadığı hem de bir eş olarak rolünü yerine getiremediği içindir. Eşine layık olamadığını ve onu, sahip olmaya hakkı olan şeylerden mahrum bıraktığını düşünür. Çalışmalar, çiftin ilişki ve iletişimini etkileyen duyguların utanç, öfke ve kendini suçlama şeklinde yaşandığını ortaya koymuştur (42). İnfertilitenin bir şekilde cinsel yaşamla da ilişkili olması, konunun hem eşler arasında hem de çevredeki insanlarla konuşulmasını güçleştirebilmekte ve kişilerde izolasyona neden olabilmektedir. Evde her an aile büyükleri ile karşılaşmak, birlikte yaşamak kişinin sorumluluğunu yerine getirememeye, yetersizlik, suçluluk duygularını pekiştirebilir. Aslında onlara karşı da sorumluluklarını yerine getiremediğini, beklentilerini karşılayamadığını, torun sahibi olmaktan mahrum bıraktığını düşünebilir ve bu durum izolasyonu daha da artırabilir. Akrabalarla olan ilişkiler, infertilitenin etkisini anlama eksikliği, mahremiyete saldırı ve çiftin düşünebileceği alternatif çözümlerin reddedilmesi nedeniyle kötüye gidebilir (3). Birlikte yaşandığında, aile üyeleri bazen çözüm önerileri sunarken sürece gereğinden fazla dahil olabilir ve sınır ihlalleri yaşanabilir. Tüm bunlar sorunu daha da zorlaştırıp sağlıklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasını zorlaştırabilir.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme aslında, kişinin sorunla baş edecek gücü kalmadığında durumu yeniden değerlendirmek ve bu sorunu yaşayarak elde ettiği kazanımlarını gözden geçirip sorunla mücadele edebilmek için yeniden motivasyon kazanmak üzerine kuruludur ve eşinin ailesi ile yaşayan infertililerde kendi ailesi ile yaşayanlara göre daha çok kullanılması, eşinin ailesi ile yaşayanların daha çok yetersizlik ve suçluluk hissetmesi ile ilişkili olabilir.

Eşin ailesi ile birlikte yaşamak; kişinin sorumluluğunu artıran, yabancı hissettiren, kabul görmek ya da uyum sağlamakla ilgili endişeler yaratan bir durum olabilir. Üzerine infertilite eklendiğinde kişi kendini daha da yabancı ve dışlanmış hissedebilir. Yapılan bir çalışmada eşinin ailesi ile birlikte yaşayanların benlik saygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (117). Durumun zannedildiği kadar kötü olmadığı, yaşanan sürecin de kazanımlarının olduğunu düşünmek öncelikle kişinin kendi durumunu, sonra da eşin ailesinin infertil kişiyi kabulünü kolaylaştıran bir yol olarak düşünülebilir.

İnfertil eşlerin; çekirdek aile yapısında, kendi ya da eşinin ailesi ile yaşayanlara göre öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri ve inkârı daha az kullandıkları, kendi ailesi ile yaşayanlarda öfkenin dışa yansıtılmasının eşinin ailesi ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çekirdek ailede süreç daha sağlıklı yaşanıyor gibi görünmektedir. Bunun nedeni; eşler üzerindeki baskının daha az olması, eşlerin birbirlerine daha çok zaman ayırmaları ve mahremiyetlerinin korunması ile ilişkili olabilir. Çünkü yapılan bir çalışmada eşin ailesi ile yaşayan grupta iletişimin daha az, kaçınmaların daha fazla olduğu bulunmuştur (117). Ailelerle birlikte yaşamak süreci daha da güçleştirmekte, beklentiyi artırmaktadır. Kendi ailesi ile yaşayanlarda öfkenin daha çok dışa yansması, sınırları korumadaki güçlükle ilişkili olabilir. İnsanlar genellikle hoşlanmadıkları kişilere daha fazla öfkelenmek eğilimindedirler fakat öfkelerini de daha çok yakınlarına, arkadaşlarına ve sevdiklerine ifade ederler (77).

Tedavi için başvuran erkeklerin % 54'ü, kadınların % 58.8'i 1- 2 yıldır infertilken, erkeklerin % 38'i, kadınların % 26.2'si 3- 5 yıldır, erkeklerin % 8'i, kadınların % 15'i altı yılın üzerinde infertilite öyküsüne sahiptir. İnfertilite süresi açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı.

Çalışmamızda infertilite süresine göre gruplar arasında depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı açısından farklılık gözlenmedi. Lukse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da depresyonun yaş ve infertilite süresi gibi değişkenlerden etkilenmediği gösterilmiştir (115) ve bu sonuç bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur. Literatürde bizim çalışmamızla uyumlu olmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Kee ve arkadaşları Kore'li infertil kadınlarla yaptıkları çalışmalarında, BDE puanlarının infertilitenin ilk üç yılında kısmen arttığını ancak sonrasında azalmış olduğunu

belirtmişlerdir (118). Başka bir çalışmada 1- 3 yıllık infertilite öyküsü olan kadınların 0- 1 yıllık infertilite öyküsü olan kadınlardan daha depresif oldukları belirtilmiştir (119). Chiba ve arkadaşları da infertilite süresinin uzunluğu ile depresyonu ilişkilendirmiştir (79). Bunun aksine Güz ve arkadaşları infertilite süresi uzadıkça ve yaş arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinde iyileşme saptandığını belirtmişler ve bunu da sorunun yıllar içinde kabullenilmesiyle açıklamışlardır (120).

İnfertilite süresine göre başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında, 1- 2 yıllık infertilite öyküsü olanların işlevsel olmayan başa çıkma tutumları / inkâr alt ölçeğinden aldıkları puanlar, 6- 10 yıllık infertilite öyküsü olanların aldıkları puanlardan yüksek bulunmuştur. Sürekli öfke alt ölçeğinde ise 3-5 yıllık infertilite öyküsü bulunan grup 1- 2 yıllık öyküsü olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

Çalışmalarda, infertilitede görünür bir kayıp olmasa da bir çocuğun özleminin duyulduğu ve duygusal yatırım yapılan bir çocuğun yasının tutulduğu ifade edilmektedir (121). İnfertil birey de yas sürecinde olduğu gibi önce durumu inkâr ediyor, sonrasında da öfke duyuyor gibi görünmektedir.

Kadınların ve erkeklerin tedaviye başvuru zamanına kadar geçen infertilite süreleri farklılık göstermemektedir. Evlilik sürelerine bakıldığında erkeklerin büyük çoğunluğunun evliliklerinin 2. ile 5. yılları arasında tedavi için başvurdukları, kadınların ise evlilik süreleri açısından daha geniş bir aralıkta dağıldıkları görülmüştür. Bu farklılık, çalışmaya katılan erkeklerin primer infertilite oranlarının kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olması (erkeklerde % 92, kadında % 69) ve primer olarak infertil olan erkeklerin infertilite sürelerinin evliliği izleyen kısa bir süre içinde farkedilmesi, kadınlarda ise sekonder infertilite oranının erkeklere göre daha yüksek olması (erkeklerde % 8, kadında % 31) nedeniyle evliliğin herhangi bir zamanında infertilitenin ortaya çıkmasıyla açıklanabilir. Bu sonuç, kadınların tedavi için daha erken dönemde başvurduğu yönündeki literatür bulgusu ile uyumsuzdur (18, 27, 122).

Çalışmamızda evlilik süresine göre gruplar arasında depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç, 2010 yılında yapılan, 11 yıl ve üzerinde evli olan çiftlerde sürekli kaygı seviyesini daha kısa süredir evli olan çiftlerdekine oranla

daha düşük bulan çalışmanın sonucu ile uyumsuzdur (117).

İnfertilite tedavi süresi açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış, tedavi süresine göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Mevcut literatür de infertilite süresinin ve tedavi süresinin bu sürece olan etkileri konusunda genelleme yapılmasına izin vermemektedir (18). İnfertilite hastalarında sıkıntı seviyesinin, tedavi yoğunlaştıkça ve tedavi süresi uzadıkça daha da artma eğiliminde olduğunu, başarısız tedavi girişimleri üst üste geldiğinde IVF hastaları için depresyon, anksiyete, öfke ve izolasyonun kaçınılmaz hale geldiğini öne süren çalışmalar vardır (2, 27).

İnfertilite tedavi süresine göre başa çıkma tutumları değerlendirildiğinde; tedavi süresi 1- 2 yıl olan grubun sorun odaklı başa çıkma tutumu, diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeğinden aldıkları puanlar, tedavi süresi 3- 5 yıl olan grubun puanlarında yüksek bulunmuştur. Bu durumda infertilite tedavi süresi 1- 2 yıl olan grup için infertilite ve tedavisi, hayatlarının en öncelikli sorunu haline gelmiş ve kişiler bu soruna odaklanmış gibi görünmektedirler. Bu dönemin, çocuk sahibi olunacağına dair umutların korunduğu, tedaviye inancın ve beklentinin en yüksek olduğu ve kişilerin tüm yatırımlarını tedavi sürecine yaptıkları bir dönem olduğu düşünülebilir. Tedavide geçen süre uzadığı halde beklenen gebeliğin gerçekleşmemiş olması, belki de sürecin istenildiği gibi sonlanmayabileceği gerçeğinin fark edilmesiyle birlikte kişiler tüm yatırımlarını bu sürece yapmak konusunda daha temkinli olabilirler.

Çalışmamızda sebebi bilinen (organik) ve bilinmeyen (fonksiyonel) infertilite oranları erkeklerde % 50 - % 50 iken kadınlarda sebebi bilinen infertilite oranı % 17.5, bilinmeyen ise % 82.5 olarak bulundu. Literatürde İnfertilite vakalarının yaklaşık olarak % 10'unda kadın ya da erkekte açıklayıcı bir neden bulunamadığı ve idiopatik olarak kaldığı belirtilmiştir (2). Bu oranla kıyaslandığında bizim çalışmamızda nedeni bilinmeyen infertilite oranları oldukça yüksek seviyelerde bulunmuştur.

İnfertilite sebebinin bilinip bilinmemesine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve alt ölçekleri ile BDE'den aldıkları puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Literatürde de birçok çalışma infertilite sebebi ile depresyon arasında ilişki olmadığını öne sürmektedir

(123). Etiyolojisi bilinen olguların depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (117). Marmara Üniversitesi’de yapılan bir çalışmada kadına bağlı infertilite ile açıklanamayan infertilitesi olan kadın infertiller öfke kontrolü açısından karşılaştırılmış, açıklanamayan infertilitesi olan kadınların öfke kontrolünün daha yüksek olduğu bulunmuştur ve infertilitenin nedeni tamamen kadına atfedilmediğinde kadının öfke kontrolü açısından daha başarılı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (124). Aksine, Fassino’nun 2002 yılında yaptığı çalışmada, 56 kadına bağlı infertilite, 29 açıklanamayan infertilite ve 80 fertil kadın arasında, öfke içe atımı ve öfke dışı vurumu açıklanamayan grupta, öfke kontrolü ise kadına bağlı infertilitede yüksek bulunmuştur (21).

İnfertilite sebebi bilinmeyenlerin durumluk kaygıları, infertilite sebebi bilinenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Fassino ve arkadaşları kadın ve erkek anksiyetesinin nedeni açıklanamayan, depresyonun ise organik infertilitenin öngörücüsü olduğunu öne sürmüşlerdir (21).

İnfertilite sebebinin bilinme değişkenine göre başa çıkma tutumları değerlendirildiğinde; infertilite sebebini bilen grupta dini olarak başa çıkma alt ölçeği puanları, infertilite sebebini bilmeyen grubun aldığı puanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. İnfertilite sebebini bilen grupta madde kullanımı alt ölçeği puanları, infertilite sebebini bilmeyen grubun aldığı puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Bu durum, yine çalışmada ortaya çıkan, infertilite sebebi bilinmeyenlerde durumluk kaygının yüksek olması ile ilişkili olabilir. Özellikle, teşhis edilemeyen ya da idiyopatik infertilitenin stresle daha çok ilgili olabileceğine dair bulgulara da rastlanmaktadır (33) ki artmış stres oranları bu grupta madde kullanımı oranlarının daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Çalışmaya katılan kadınların % 30’u tedavi bilgim var, % 36.2’si yetersiz, % 33.8’i yok derken erkeklerin % 8’i tedavi bilgim var, % 62’si yetersiz, % 30’u yok yanıtını vermiştir. Kadınların tedavi bilgilerini yeterli bulma oranı erkeklere kıyasla anlamlı oranda daha yüksektir ve bu sonuç literatürde yer alan, kadınların infertilite hakkında bilgi toplamaya daha istekli oldukları yönündeki bilgi ile uyumludur (18). Her iki grubun bilgi düzeylerini ölçecek bir yöntem uygulanmamış olması nedeniyle kadınların süreç hakkında daha çok bilgi sahibi olduklarını söylemek mümkün değildir.

Kadınların sürece daha çok dahil olmaları erkeklere göre daha yeterli bilgi sahibi olmalarını sağlamış olabilir. Erkeklerin daha çok tanı sürecinde, büyük oranda da semen analizi gibi nedenlerle hastaneye gelmeleri, tedavi sürecine kadında olduğu gibi doğrudan katılmamaları, bu nedenle de sağlık çalışanlarıyla daha az ve daha kısa süreli karşılaştıkları düşünüldüğünde erkeklerin kadınlara göre süreç hakkında daha az bilgilendiriliyor olmaları mümkündür. Bunun yanında, erkeklerin sorun hakkındaki teknik bilgilere hakim olma ihtiyacının daha fazla olabileceği, dolayısıyla daha çok bilgi edinme gereksinimi duymaları nedeniyle var olan bilgi düzeylerini yetersiz olarak değerlendirdikleri de iddia edilebilir. Her durumda, erkeklerin % 8, kadınların % 30'u tedavi bilgim var diyebilmiştir. Hayatlarında oldukça önemli bir yer tutan ve yaşamlarının bir dönemini ciddi şekilde etkileyen bir süreç hakkındaki bilgilerini bu denli yetersiz bulmaları bizi, yaşanan belirsizlik ve bunun sonuçları üzerinde düşünmeye zorlamaktadır. Tedavi sürecine başlamadan önce kişileri; ne olup bittiği, onları hangi aşamada nelerin beklediği ve hatta sonucun istenildiği gibi olmayabileceği konusunda bilgilendirmek sürecin daha sağlıklı ilerlemesine katkı sağlayabilir. Terzioğlu ve arkadaşlarının “danışma hizmeti modeli”nin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmanın; azalmış anksiyete ve depresyon ile artmış yaşam memnuniyeti ve gebelik oranları açısından sonuçları, bilgilendirme ve temas halinde olmanın önemini ortaya koymaktadır (58). Çalışmada, bilgi düzeylerini değerlendiren bir formun kullanılması yerine katılımcıların bilgi düzeylerini sadece kendilerinin değerlendirmiş olması bir kısıtlılıktır.

Yaşanılan yere göre katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırılmış, kırsal kesimde yaşayanların aldıkları puanın büyükşehirde yaşayanların aldıkları puandan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni, kırsal kesimde geleneksel yapının korunması nedeniyle çevrenin çocuk beklentisinin daha belirgin olarak hissedilmesi, küçük bir çevrede yaşıyor olmanın kişiler üzerindeki baskı ve stigmatı artırması, tedaviye erişimdeki güçlükler ve yetersiz bilgilendirme olabilir. Bu bulgu Downey'nin çalışmasında belirtilen, metropollerde yaşayanlarda depresyon puanlarının küçük şehirlerde ve kırsalda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulgusu ile uyumlu değildir (125). Yaşanılan yerin depresyon seviyesi üzerinde etkili olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (117).

Yaşanılan yere göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı

Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmış, öfke kontrolü açısından büyük şehirde yaşayanların şehirde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları bulunmuştur. Büyük şehirlerdeki gürültü, trafik sıkışıklığı, mekân darlığı, ekonomik hayatın zorluğu öfke uyandıran etkenler olarak sayılabilir. Bütün bu olumsuz etkenler bireyin yaşadığı öfkenin yoğunluğunu artırır (77). Büyük şehirde yaşayan bireyler için bu durum hayatın bir parçasıdır ve zaman içinde uyum göstermeleri beklenir. Büyük şehirde yaşamayan, tedavi için büyük şehre gelen kişiler için şehrin karmaşası bile başlı başına bir öfke kaynağı olabilir ve bu yeni durumun kontrolü zor olabilir. Çalışmamızda durumluk ve sürekli kaygı yaşanan yerden etkilenmemiştir. Başka bir çalışma, büyük şehirde yaşayanların durumluk kaygı seviyelerinin küçük şehir ve kırsalda yaşayanlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur (117).

Katılımcılara uygulanan BDE'den alınan ortalama puan 11.07 olup, semptomlar klinik depresyon tanısı konulabilecek şiddette değildir.

Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinde her biri için toplam puanın 20-80 aralığında olması beklenen durumluk kaygı puanı 41.8, sürekli kaygı puanı 46.8 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı düzeyi normal sınırlarda seyretmiş, sürekli kaygı düzeyi ise yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek infertiller depresyon ve durumluk kaygı düzeyinde birbirlerine benzerlik gösterirken, sürekli kaygı kadın infertillerde erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Hem kadın hem de erkek katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar ile sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Her ne kadar yıllardır infertilite ile depresyon arasında bir ilişkiden şüphelenilse de literatür genellikle kafa karıştırıcıdır. Depresyon sıklığının farklı ülkeler ve toplumlar arasında değişkenlik gösterdiğini belirten çalışmalar bulunmakla birlikte günümüzde birçok çalışmada infertil bireylerdeki depresyon oranlarının genel nüfusla benzerlik gösterdiği belirtilmektedir ki, bu da bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (120, 126). Bununla birlikte hem kadın hem de erkeklerde depresif semptomlar bildirilmekle birlikte bu semptomların şiddetinin depresyon tanısı için yeterli düzeyde olmaması, çalışmaya dahil edilenlerde birinci eksen tanısı bulunmaması koşulunun aranması ile ilişkili olabilir.

Çeşitli çalışmalar infertilitenin kadınları erkeklere göre daha fazla etkilediğini (18), infertil kadınların infertil erkeklere göre daha depresif (35, 97, 126) olduğunu ileri sürse de literatürde infertil erkeklerin daha depresif olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (127) ve bizim çalışmamızın sonuçları bu iki sonuçla da çelişmektedir.

Çalışmamızda durumluk kaygının normal sınırlarda olması ölçeğin uygulanma zamanından etkilenmiş olması ile ilişkili olabilir. Tanı ve tedavi sürecinde yaşananlar farklı aşamalarda farklı özellikler göstermektedir ve ölçeğin uygulandığı zaman dilimi tedavinin planlanıp başlanması aşaması olması nedeniyle kişilerin nispeten daha umutlu ve iyimser bir dönemde olmaları ile açıklanabilir. Literatürde durumluk kaygının normal sınırlarda olduğunu belirten bizim sonuçlarımızla uyumlu çalışmalar yanında (58), durumluk kaygının yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (97, 126).

İnfertilite tanı ve tedavi süreci uzun, zorlu ve sonuçları açısından belirsizliğin hakim olduğu bir süreçtir. İnfertilite gerçeği ile yüzleşmek, çeşitli tanı ve tedavi prosedürlerine maruz kalmak ve bir yandan da toplumsal baskılarla baş etmeyi gerektirmektedir ki bu durum çalışmaya katılan infertil kadın ve erkeklerdeki sürekli kaygı düzeyinin yüksek bulunmasını açıklayabilir. Toplumun kadından beklediği annelik rolünün karşılanamaması, daha çok toplumsal baskı hissetmeleri ve tedavi sürecinin daha çok kadınlar üzerinden yürümesi nedeniyle kadınlardaki sürekli kaygı düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda, sürekli kaygı düzeyi ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu arasında birbirini destekleyen bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yine infertil kadınların işlevsel olmayan bir tutum olan soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma yöntemini infertil erkeklere göre daha fazla kullandıkları da çalışmamızdan çıkan başka bir sonuçtur ve kadınlardaki sürekli kaygı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olmasını açıklıyor gibi görünmektedir.

İnfertilite nedeni bulunamayan çiftlerde bu durum kısmen bir iyimserlik hissine yol açabilirken, tedavinin ne zaman sonlandırılması gerektiği hakkındaki sonsuz sorgulamayla birlikte açıklama eksikliği, var olan stresin daha da artmasına neden olabilmektedir (27). Bizim çalışmamızda kadınlarda sürekli kaygı puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olması ayrıca, kadınlarda sebebi bilinmeyen infertilitenin erkeklere

oranla daha sık olmasıyla da ilişkili olabilir.

Literatürde infertil bireylerde sürekli kaygının yüksek olduğu ve kadınlardaki sürekli kaygı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu yönünde çalışmamızı destekleyen sonuçlar yanında (97, 126), infertil bireylerde sürekli kaygı düzeyi açısından fark olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (76, 120).

Katılımcılara uygulanan başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinde her bir grup için toplam 20- 80 puan aralığında çıkması beklenen sonuçlar, sorun odaklı başa çıkma tutumları toplamında 55.71, duygusal odaklı başa çıkma tutumları toplamında 54.93, işlevsel olmayan başa çıkma tutumları toplamında 40.37 olarak bulunmuştur. Bu haliyle kişiler ağırlıklı olarak işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanıyor gibi görünmektedir. Gerek sorun odaklı gerekse duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kişilerin sorunla etkin olarak mücadele etmesini sağlamakta, sorun odaklı stratejiler uzun vadeli kazanımlar sağlarken duygu odaklı yöntemler daha çok problem tarafından yaratılan duygusal stresi yönetmeye yardımcı olmaktadır (105). Tüm alt ölçekler içinde dini olarak başa çıkma alt ölçeği 14.4 puanla en yüksek, madde kullanımı alt ölçeği 4.8 puanla en düşük değeri almıştır. Plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma gibi etkin olan yöntemler ön plana çıkan başa çıkma tutumlarıdır. Literatürde de infertilite tanı ve tedavi sürecinin zorlu bir süreç olduğu ancak çiftlerin bu sürece iyi uyum sağladıkları; yaşananların, zor durumlara genel olarak iyi uyum sağlayan bireylerin normal tepkisi olarak kabul edilmesi gerektiği, tıbbi bir ortamda hastalar tarafından sıklıkla hissedilen sıkıntı ile benzer olduğu ve psikopatolojik özellikler taşımadığı vurgulanmaktadır (64, 76). Adler ve Boxley'in çalışmasında yer alan fertil, infertil ve eskiden infertil olan deneklerin başa çıkma tutumları arasında fark saptanmadığı yönündeki ifade de bu sonuçları desteklemektedir (103). Plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı literatürde kadınların öncelikle kullandığı başa çıkma tutumlarıdır ve bizim çalışmamızda genel olarak bu tutumların ön planda görülmesi çalışmaya katılan kadın sayısının erkek sayısına göre daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; duygusal odaklı başa

çıkma tutumu alt ölçeği olan “duygusal sosyal destek kullanımı” ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumu alt ölçeği olan “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” alt ölçeklerinden alınan puanlar cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmış, kadın katılımcılar her iki alt ölçekte de erkek katılımcılardan yüksek puan almışlardır. Yapılan çalışmalar, sağlık problemleri dahil yaşamda stres yaratan faktörler ile baş etmede kadınların erkeklerden daha çok duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını ortaya koymuşlardır (9). Duygusal sosyal destek kullanımının kadınlarda daha yüksek olmasının nedeni, infertil kadınların daha yüksek seviyede strese maruz kalmaları olabilir ve duygu odaklı baş etme yöntemleri de problem tarafından yaratılan duygusal stresi yönetmeye odaklanmaktadır (9, 107). Çalışmamız kadınların duygu odaklı baş etme yöntemleri yanında işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini de kullanma eğiliminde olduklarını bulmuştur. Literatürde infertil kadınların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullandıkları yönünde net bulgulara rastlanmasa da infertil erkeklerin infertil kadınlara göre daha etkin başa çıkma yöntemleri kullandığı yönünde bulgulara rastlanmaktadır (128). Bazı çalışmalar da kadınlar ve erkeklerin benzer başa çıkma stratejilerini kullandığını ileri sürmektedir (129). Bizim çalışmamızdaki kadınların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanma oranlarının yüksek bulunmasının nedeni çalışmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin düşük olmasıyla ilişkili olabilir. Okuryazar grup eğitim düzeyi daha yüksek olan bütün diğer gruplara göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumları toplam puanı ve özellikle de işlevsel olmayan başa çıkmanın alt bileşenleri olan davranışsal boş verme tutumu ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır.

Çalışmamızda, kullanılan baş etme yöntemleri açısından infertil erkeklerde herhangi bir grup başa çıkma yöntemi ağırlıklı olarak ön plana çıkmazken, literatürde erkeklerin daha çok problem odaklı baş etme mekanizmalarını kullandıkları belirtilmiştir (9). Yine çalışmamızla uyumlu olmayan şekilde Wright ve arkadaşları 1991 yılında yayınladıkları çalışmalarında erkeklerin infertilite karşısında inkâr ve unutmayı seçtiklerini belirtmişlerdir (130). Bu konu ile ilgili bir meta-analiz çalışmasında kadınların erkeklere göre kaçma-kaçınma içeren stratejiler, pozitif yeniden yorumlama-gelişme ve sosyal destek kullanımı yönünden daha baskın oldukları vurgulanmıştır ki çalışmamıza katılan kadınlarda da duygusal sosyal destek kullanımı

ön plana çıkmıştır (9, 95). Bu sonuç, literatürde sıklıkla yer alan, kadınların stres verici bir durumda sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaları ve sorunlarını başkalarına açma ve yardım isteme konusunda erkeklere göre daha rahat davrandıkları bilgisi ile tutarlılık göstermektedir (25).

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinde 10- 40 puan aralığında beklenen sürekli öfke ortalama puanı 23.2; her birinin toplamı 8- 32 puan aralığında beklenen kontrol edilebilen öfke ortalama puanı 20.6, öfkenin içe atılması 17.5, öfkenin dışa yansıtılması 16.7 puan almıştır. Ölçeğin kesme puanının olmaması ve ağırlıklı olarak hangi ifade tarzının daha yüksek puan aldığı üzerinden değerlendirme yapılması nedeniyle sonuçlar, infertil kadın ve erkeklerin sürekli öfke düzeylerinin üst sınırın oldukça altında olduğu, ağırlıklı olarak herhangi bir ifade tarzının öne çıkmadığı söylenebilir. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından kadın ve erkek katılımcıların aldıkları puanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Kadın ve erkek infertilite sürekli öfke ve öfke ifadesi açısından karşılaştıran çalışmalar literatürde yok denecek kadar az sayıda olup, Lukse'nin bir çalışmasında depresyon ve öfke düzeylerinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğuna dair bilgi yer almıştır (131). Çalışmalar daha çok öfke düzeyi ve öfke ifadesinin infertilite nedeninin organik ya da idiopatik olmasına göre infertil kadın ya da erkeklerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasını içermektedir.

İnfertil kadın ve erkeklerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzının farklılık göstermemesi, hatta şaşılacak ölçüde benzerlik göstermesi, bu durumun, infertil çiftlerin ilişkilerinin özelliği ile ilgili olabileceğini akla getirmektedir. Her ne kadar infertilite evli çiftler arasında stres ve iletişim sorunlarına yol açsa da, çiftler infertilitenin birbirlerine daha çok yakınlaşmalarını sağladığını ifade etmektedirler (18). Webb ve Daniluk'a göre erkekler infertilite ile baş etmeye başladıkları zaman eşleriyle konuşmaya başlamakta, bu da infertiliteyi paylaşılan bir deneyim hissine sokmakta ve ilişkilerini güçlendirmektedir (132). Bunu yanında, erkeklerin eşlerinden gelecek duygusal desteğe kadınlara göre daha bağımlı oldukları, kadınların daha verici ve besleyici olduğu (84), bu haliyle de eşlerin birbirlerini dengeledikleri, öfke düzeyi ve ifade biçiminde benzer özellikler gösterdikleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınlarda ve erkeklerde ölçeklerin birbirleri ile etkileşimi incelendiğinde;

Kadınlarda;

İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanımı ile sürekli öfke düzeyi ve dışa yansıtılan öfke arasında; işlevsel olan başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile de öfke kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,

Depresif semptomlar ve sürekli kaygının, biri diğerinin şiddetini artıracak şekilde etkileştikleri ve sonuçta sürekli öfke düzeyinin arttığı,

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu ile depresif semptomlar arasında anlamlı negatif bir korelasyon olduğu,

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile sürekli kaygının pozitif yönde, anlamlı bir biçimde etkileştiği sonuçlarına ulaşıldı.

Baş çıkma tutumları ve öfke arasındaki ilişkiye bakıldığında sonuçlar iki farklı şekilde yorumlanabilir. Birincisi; sürekli öfke seviyesi yüksek, öfkesini kontrol etmekte güçlük yaşayan ve öfkesini dışa yansıtarak ifade eden infertil kadınların işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmakta zorlandıkları, ikincisi ise; işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanabilen kadınlarda sürekli öfke düzeyinin daha düşük, öfke kontrolünün daha iyi ve öfkenin dışa yansıtılarak ifade edilmesinin daha az olduğu şeklindedir. Ayrıca, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” işlevsel olmayan bir başa çıkma tutumudur ve kullanımının artmasıyla birlikte kadınlarda sürekli kaygı düzeyinin arttığı ya da kadınlarda sürekli kaygı düzeyi arttığında bu başa çıkma tutumunun daha çok kullanıldığı söylenebilir. Bu sonuç özellikle önemlidir çünkü, çalışmamızda kadınlarda hem sürekli kaygı düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuş, hem de “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” başa çıkma tutumunun kullanılma oranı erkeklerden daha fazla bulunmuştur.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma; kişinin çok fazla duygusal sıkıntı hissettiği, sürekli bunları ifade etme gereksinimi duyduğu, diğer kişilerin söylediklerini, önerilerini çok duyamayan, tek yönlü bir iletişim biçimi gibi durmaktadır. Kadınların erkeklere oranla daha çok kullandıkları ikinci bir başa çıkma yöntemi duygusal sosyal

destek kullanımını ve aslında soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumunun daha işlevsel, daha iletişime açık halidir.

Sonuç olarak; infertil kadınların duygularını ifade etmeye eğilimli oldukları, işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmak konusunda erkeklere göre daha yetersiz oldukları, işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmak konusunda desteklendiklerinde kaygı, öfke ve depresif semptomlarını daha sağlıklı bir şekilde yönetebilmelerinin mümkün olabileceği söylenebilir.

Erkeklerde;

İşlevsel başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile hem sürekli öfke hem de dışa yansıyan öfke arasında pozitif korelasyon olduğu,

Davranışsal olarak boş verme tutumu ile dışa yansıyan öfke arasında negatif yönde bir ilişki olduğu,

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile dini olarak başa çıkma tutumları ve öfke kontrolü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, öfke kontrolü ile şakaya vurma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de depresif semptomlar ve sürekli kaygının biri diğerinin şiddetini artıracak şekilde etkileştiği ve bunların da sürekli öfke düzeyini artırdıkları,

Kabullenme, yararlı sosyal destek kullanımı ve depresyon ölçeğinden alınan puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu,

İşlevsel ya da işlevsel olmayan tüm başa çıkma yöntemlerinin kullanımının erkeklerde sürekli kaygı düzeyini artırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Sonuçlar kadınlarda daha anlaşılabilirken erkeklerde durum biraz karmaşık gibi görünmektedir. İşlevsel başa çıkma yöntemlerinin kullanımının sürekli öfke düzeyi ve dışa yansıyan öfkeyi artırmasını ve sürekli kaygının tüm başa çıkma yöntemlerinden olumsuz etkileniyor olmasını anlamak ve yorumlamak oldukça zordur. Çalışmada hem kadınlar hem de erkeklerde sürekli kaygı düzeyleri yüksek bulunmakla birlikte, kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Erkeklerde sürekli kaygı

düzeıı bu kadar hassas ve birçok parametreden olumsuz etkileniyor olmasına rağmen sürekli kaygılarının kadınlardan daha düşük olması, erkeklerin bir şekilde kendilerini korumayı başardıklarını, kendilerine neyin iyi geldiğini biliyor olduklarını ve erkeklere dışarıdan bakıldığında anlaşılmaz görünen tutumlarının aslında onları koruduğunu düşündürmektedir. Örneğın, “davranışsal olarak boş verme” işlevsel olmayan bir başa çıkma tutumudur ancak erkeklerde dışa yansıyan öfkenin azaltılmasında rol oynuyor gibi görünmektedir. Bu durum iki sonucu akla getirmektedir. Birincisi; erkeklerin ne yaptığını bildiklerini kabul edip çok fazla müdahalede bulunmamak, ikincisi ise sürekli öfke düzeyi, dışa yansıyan öfke ve yüksek kaygı düzeylerini sürecin olması gereken doğal bir parçası olduğunu kabul ederek erkekleri işlevsel başa çıkma yöntemlerini kullanmak ve sonuçlarından korkmamak yönünde desteklemek, bilgilendirmek, öfke ve kaygının yaşanmasına izin vermelerini sağlamak ve bu duyguları ile baş etmelerinde yardımcı olmaktır.

Erkekler öfke kontrollerini, dini olarak başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama ve gelişme başa çıkma tutumlarını kullanarak sağlıyor gibi görünmektedir. Bu iki tutumun ortak ve diğerlerinden ayrılan özellikleri; ikisinde de zihinsel bir sürecin işliyor olması, ikinci bir kişi ile iletişimin gerekmemesidir. Kişiler inanç sistemlerine göre bu iki yoldan birini seçiyor olabilirler. Yine öfke kontrolleri azaldığında şakaya vurmanın artması, yıkıcı davranışların önüne geçebilmek için bulunan bir çözüm olabilir. Bu sonuçlarla; erkeklerin kadınlardan farklı olarak, diğer insanlarla iletişim halinde olmak yerine zihinsel süreçlerini devreye soktuklarını, umursamaz tavırlarının aslında öfkeyi kontrol edebilmek ya da yıkıcı davranışlara dönüşmesinin önüne geçmek gibi ilk bakışta anlaşılması güç hedeflerinin olabileceği söylenebilir.

Yapılan bir çalışma, kadın genellikle infertilite sorunu ile kocadan daha fazla meşgul olmaya ihtiyaç duyarken, bu meşguliyetin erkekte daha fazla stres ve doğurganlıkla daha az ilgilenmeyle sonuçlanabileceğini ve bu bulgunun, kendini daha çok vermenin veya sosyal desteğın stresi azaltmada etkili olduğunu gösteren diğer bulgularla çelişki içerisinde olduğunu ortaya koymuştur (62, 63).

Kabullenme ve yararlı sosyal destek kullanımı, depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur. Kabullenme süreci ile birlikte depresif semptomların artması, depresif semptomlar yoğunlaştığında kişilerin çözüme ulaşmak konusunda kendilerini yetersiz

hissetmeleri ve benzer deneyimleri olan kişilerle onların bu sorunlarını nasıl çözdüklerine dair fikir alışverişinde bulunmaları anlaşılabilir bir durumdur. Aslında çok da tercih etmedikleri sosyal destek kullanımını konusundaki bu farklı tutumları, erkeklerin depresif semptomlarla birlikte sürece daha çok dahil olacaklarının habercisi olabilir. Boivin tarafından oluşturulan bir derlemede, infertil kişilere müdahale sonrasında olumlu sonuçların, depresif semptomlarla ilişkili olmaktan çok anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur (56).

Erkeklerdeki bu karmaşık tablonun bir başka açıklaması, belki de erkeklerin semptomlarını gizleme ya da olduğundan daha hafif göstermiş olma ihtimali ile açıklanabilir. Erkeklerin çoğu, eşlerini destekleme çabası içinde duygularını bastırma eğilimindedirler ve bu eğilim erkekler arasında infertiliteye bağlı sıkıntıların gerçek seviyelerinin, olduğundan daha az düzeyde bildiriyle de sonuçlanabilir (18, 76). Berg, infertil erkeklerin infertil kadınlara göre kendilerini sağlık çalışanlarına karşı olduklarından daha iyi gösterme eğiliminde olduklarını belirtmiştir (76).

Dünya genelinde infertil bireylerin sadece yarısı tedavi aradığından, hangi etmenlerin insanları tedaviye yönlendirdiği konusu ilgi çekmektedir (39). Bu konuda yapılan birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızın da sadece, infertilite tedavisi için hastaneye başvurusu olan hastaları kapsıyor olması önemli bir kısıtlılıktır. Daha çok sorun yaşayanların ya da sürece uyum göstermekte zorlananların tedavi için ağırlıklı olarak başvurduğu düşünülebileceği gibi tam tersi, daha iyi baş edebilen, süreci yönetmek konusunda motivasyonu olan kişilerin daha çok tedavi talebi olduğu da söylenebilir. Bunting ve Boivin, infertil olarak etiketlenmek konusunda daha çok meşgul olan kadınların daha az tedavi arayışı içinde olduklarını, Greil ve McQuillan ise çocuk sahibi olmak konusunda istekli olan infertil bireylerin isteksiz olanlara göre tedavi arayışına daha meyilli olduklarını ifade etmişlerdir (133, 134). Shaw ve arkadaşları, % 52'si kapsamlı danışmanlık isteklerini ifade eden 60 infertil çiftle çalışmış, böyle bir istek belirten ve belirtmeyen kadınlar arasında psikolojik farklılık saptanmamış, danışmanlık isteyen erkekler daha fazla durumsal ve sürekli anksiyete, tıbbi tedavinin sonucuna ilişkin daha fazla ümitlilik göstermiştir ve grup danışmanlığı önerisini reddedenlere göre ilişkilerini daha uyumlu olarak tanımlamışlardır (92). Bu çalışmanın sonucu, tedavi için başvuruların bile farklı alternatifler karşısında farklı özellikler taşıyan gruplara ayrılabildiklerini ortaya koymaktadır. Tüm bunlarla birlikte yapılan

hiçbir çalışma infertilitenin kendisi yerine infertilite tedavisinin bireyler üzerinde nasıl etkiler oluşturduğunu net olarak ortaya koyamamıştır ve bu ayırımı yapamamak süreci anlamayı daha da zor hale getirmekte, çalışmaya dahil edilemeyen grupla ilgili merakları daha da arttırmaktadır. Tedavi görmeyen kişileri kapsamayan bir çalışmada, infertilitenin etkilerini infertilite tedavisinin etkilerinden ayırmak çok zor olacağından tedavi görenler üzerinde yapılan çalışma sonuçlarını genelleştirmek imkansızdır.

Kişinin infertilite sürecinin neresinde olduğunu bilmek çok önemlidir. İnfertilite ile ilgili çalışmaların metodolojik zorluğu, stresörler ve duyguların zaman içinde değişkenlik gösterdiğini bilmektir. İnfertil çiftlerin emosyonel distreslerinin; başarısız fertilizasyon girişimleri, uzun tanı koyma süreci ve zorlu tedavi girişimlerinden kaynaklanabileceği kabul edilmektedir. IVF süresince anksiyete, yas ve depresyon bakımından en riskli dönem IVF tedavisinin başlangıç dönemidir (115). Bu veriler dikkate alındığında çalışmamızın kesitsel çalışma olması da önemli bir kısıtlılıktır.

6. SONUÇLAR

Çalışmaya katılan hastaların % 61,5'i kadın, % 38,5'i erkekti.

Çalışmaya katılan erkekler 26- 35 yaş grubunda yoğunlaşırken kadınlar 18- 25 ve 26- 35 yaş gruplarında benzer oranda yer aldı. Yaş değişkenine göre gruplar arasında depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Yaş değişkenine göre katılımcıların başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında 18- 25 yaş grubu; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu puanında 36- 45 yaş grubundan yüksek, zihinsel boş verme tutumu puanında 26- 35 yaş grubundan yüksek ve duygusal odaklı başa çıkma toplam puanında hem 26- 35 yaş grubundan hem de 36- 45 yaş grubundan yüksek puanlar aldı.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi cinsiyete göre farklılaşmadı. Okuryazar ve ilkokul mezunları BDE'den eğitim düzeyi daha iyi olanlara göre daha yüksek puanlar aldılar.

Okuryazar ve ilkokul mezunlarının duygusal odaklı başa çıkma; özellikle de pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme tutumlarını eğitim düzeyi daha iyi olan gruplardan daha çok kullandıkları bulundu.

Okuryazar grupta eğitim düzeyi daha yüksek olanlara göre sürekli öfke seviyesi ve içe atılan öfke daha yüksek bulundu.

Evlilik biçimi açısından bakıldığında kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Evlilik biçimine göre katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık bulunmadı. Sürekli kaygı ölçeğinde görücü usulü ile isteyerek evlenenlerin aldıkları puan, tanışarak evlenenlerin aldıkları puandan yüksek bulundu.

Görücü usulü ile isteyerek evlenen grup, görücü usulü ile istemeyerek evlenen

gruptan sorun odaklı başa çıkma toplam puanı ile yine bu gruba ait olan yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma alt ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldı.

Görücü usulü ile istemeyerek evlenen grubun; işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını diğer gruplara göre daha büyük oranda kullandığı ve öfkesini kontrol etmekte isteyerek evlenen gruba göre daha çok zorlandığı görüldü.

Kendi ailesi ile birlikte yaşayan erkeklerin oranının, kadınlardan istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı. Çekirdek aile ile yaşayanların aldıkları depresyon puanları hem eşinin ailesi ile yaşayanlardan hem de kendi ailesi ile birlikte yaşayanlardan anlamlı derecede düşük bulundu. Eşinin ailesi ve kendi ailesi ile birlikte yaşayanların aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmadı.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt ölçeğinde; eşinin ailesi ile yaşayanlar kendi ailesi ile yaşayanlardan daha yüksek puan alırken, inkâr alt ölçeğinde; kendi ailesi ile birlikte yaşayanlar çekirdek aile biçiminde yaşayanlardan daha yüksek puan aldılar.

İnfertil eşlerin; çekirdek aile yapısında, kendi ya da eşinin ailesi ile yaşayanlara göre öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri ve inkârı daha az kullandıkları, kendi ailesi ile yaşayanlarda öfkenin dışa yansıtılmasının eşinin ailesi ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu.

İnfertilite süresi açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı. İnfertilite süresine göre gruplar arasında depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı açısından farklılık gözlenmedi

Bir- iki yıllık infertilite öyküsü olanlar inkâr alt ölçeğinden 6- 10 yıllık infertilite öyküsü olanlara göre daha yüksek puanlar aldılar. Sürekli öfke alt ölçeğinde ise 3- 5 yıllık infertilite öyküsü olanlar 1- 2 yıllık öyküsü olan gruptan daha yüksek puanlar aldı.

Kadınların ve erkeklerin tedaviye başvuru zamanına kadar geçen infertilite süreleri farklılık göstermedi. Evlilik sürelerine bakıldığında erkeklerin büyük çoğunluğunun evliliklerinin 2. ile 5. yılları arasında tedavi için başvurdukları, kadınların ise evlilik süreleri açısından daha geniş bir aralıkta dağıldıkları görüldü.

Çalışmamızda evlilik süresine göre gruplar arasında depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, stresle başa çıkma tutumları, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

İnfertilite tedavi süresi açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Tedavi süresine göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

İnfertilite tedavi süresine göre başa çıkma tutumları değerlendirildiğinde; tedavi süresi 1- 2 yıl olan grubun sorun odaklı başa çıkma tutumu, diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeğinden aldıkları puanlar, tedavi süresi 3- 5 yıl olan gruptan yüksek bulundu.

Çalışmamızda sebebi bilinen (organik) ve bilinmeyen (fonksiyonel) infertilite oranları erkeklerde % 50 - % 50 iken kadınlarda sebebi bilinen infertilite oranı % 17.5, bilinmeyen ise % 82.5 olarak bulundu.

İnfertilite sebebinin bilinip bilinmemesine göre katılımcıların Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve alt ölçekleri ile BDE'den aldıkları puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

İnfertilite sebebi bilinmeyenlerin durumluk kaygıları, infertilite sebebi bilinenlerden yüksek, infertilite sebebini bilenlerin dini olarak başa çıkma tutumu infertilite sebebini bilmeyenlerden yüksek bulundu.

İnfertilite sebebini bilen grupta madde kullanımı, infertilite sebebini bilmeyen gruptan düşüktü.

Çalışmaya katılan kadınların % 30'u tedavi bilgim var, % 36.2'si yetersiz, % 33.8'i yok derken erkeklerin % 8'i tedavi bilgim var, % 62'si yetersiz, % 30'u yok yanıtını verdi, Kadınların tedavi bilgilerini yeterli bulma oranı erkeklere kıyasla anlamlı oranda daha yüksekti.

Kırsal kesimde yaşayanların BDE'den aldıkları puan büyükşehirde yaşayanların aldıkları puandan daha yüksekti. Büyük şehirde yaşayanların öfke kontrolü şehirde

yaşayanlardan daha yüksekti.

Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerde depresyon tanısı konulacak düzeyde depresif bulgular saptanmadı. Durumluk kaygıları normal sınırlarda, sürekli kaygıları yüksekti. Sürekli kaygı kadınlarda erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Katılımcılara uygulanan başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinde sorun odaklı başa çıkma tutumu toplam puanı 55.71, duygusal odaklı başa çıkma tutumu toplam puanı 54.93, işlevsel olmayan başa çıkma tutumu toplam puanı 40.37 olarak bulundu.

Cinsiyet değişkenine göre başa çıkma tutumları karşılaştırıldığında; duygusal odaklı başa çıkma tutumu alt ölçeği olan “duygusal sosyal destek kullanımı” ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumu alt ölçeği olan “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” alt ölçeklerinden alınan puanlar kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinde sürekli öfke ortalama puanı 23.2, kontrol edilebilen öfke ortalama puanı 20.6, öfkenin içe atılması ortalama puanı 17.5, öfkenin dışa yansıtılması ortalama puanı 16.7 bulundu. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı, cinsiyetler arasında farklılık göstermedi.

Kadınlarda;

İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanımı ile sürekli öfke düzeyi ve dışa yansıtılan öfke arasında; işlevsel olan başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile de öfke kontrolü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,

Depresif semptomlar ve sürekli kaygının, biri diğerinin şiddetini artıracak şekilde etkileştikleri ve sonuçta sürekli öfke düzeyinin arttığı,

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme tutumu ile depresif semptomlar arasında anlamlı negatif bir korelasyon olduğu,

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumu ile sürekli kaygının pozitif yönde, anlamlı bir biçimde etkileştiği sonuçlarına ulaşıldı.

Erkeklerde;

İşlevsel başa çıkma yöntemlerinin kullanımı ile hem sürekli öfke hem de dışa yansıyan öfke arasında pozitif korelasyon olduğu,

Davranışsal olarak boş verme tutumu ile dışa yansıyan öfke arasında negatif yönde bir ilişki olduğu,

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ile dini olarak başa çıkma tutumları ve öfke kontrolü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, öfke kontrolü ile şakaya vurma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu,

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de depresif semptomlar ve sürekli kaygının biri diğerinin şiddetini artıracak şekilde etkileştiği ve bunların da sürekli öfke düzeyini artırdıkları,

Kabullenme, yararlı sosyal destek kullanımı ve depresyon ölçeğinden alınan puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu,

İşlevsel ya da işlevsel olmayan tüm başa çıkma yöntemlerinin kullanımının erkeklerde sürekli kaygı düzeyini artırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Rosenthal M. Women and infertility. *Psychopharmacology Bulletin* 1998;34: 307-308.
2. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):293-308.
3. Deborah A. Gerrity A Biopsychosocial Theory of Infertility. *Fam J* 2001;9: 151.
4. Domar AD, Seibel MM. Emotional aspects of infertility. In: M.M. Seibel, Editor, *Infertility: A Comprehensive Text*, Appleton & Lange, Stamford 1997;29-44.
5. Rajkhowa M, McConnell A, Thomas GE. Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Hum Reprod* 2006;21(2):358-63.
6. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 2006;21(2):558-64.
7. Nichols W, Pace-Nichols M. Childless married couples. In: W.C. Nichols, M.A. Pace-Nichols, D.S. Becvar and A.Y. Napier, Editors, *Handbook of Family Development and Intervention*, John Wiley & Sons, Inc, New York 2000; 171–188.
8. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985;43(1):48-53.
9. Jorda C, Tracey A, Revenson TA. Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *J Behav Med* 1999;22:4.
10. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med* 1995;40(1):27-36.
11. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26(1):1-9.
12. Sewpaul V. Culture Religion and Infertility: A South African Perspective *Br J Social Wk* 1999;29:741-754.
13. Gulseren C, Cetinay P, Tokatlioglu B, Ozturk Sarikaya O, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med* 2006;51:421–426.
14. Van Balen F, Bos H. Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *J Reprod Infant Psyc* 2004;22:245–247.

15. Schmid J, Kirchengast S, Vytiska Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS -health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod* 2004;19:2251-2257.
16. van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28(2):87-95.
17. Scholtz T, Bartholomaeus S, Grimmer I, Kentenich H, Obladen M. Problems of multiple births after ART: Medical, psychological, social and financial aspects. *Human Rep* 1999; 14:2932-2937.
18. Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997;45:1679–1704.
19. Tewes H. Wischmann Psychogenic Infertility-Myths and Facts. *J Assist Reprod Genet* 2003; 20:12.
20. Apfel RJ, Keylor RG: Psychoanalysis and infertility-myths and realities. *Int J Psychoanal* 2000;83:85-103.
21. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 2002;17(11):2986-94.
22. O'Moore AM, O'Moore RR, Harrison RF. Psychosomatic factors in patients with hyperprolactinemia. *Obstet Gynecol* 1983;55:591-608.
23. Morse C, Dennerstein L. Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: A preliminary survey. *J Psychosom Obst Gyn* 1985;4:207–219.
24. Stauber M: Psychosomatik der sterilen Ehe, 2nd edn. Berlin, Grosse, 1988 (in German).
25. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R: Psychological characteristics of infertile couples: A study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service." *HumReprod* 2001;16:1753-1761.
26. Hendrick V, Gitlin M, Altshuler L, Korenman S. Antidepressant medications, mood and male fertility. *Psychoneuroendocrinology* 2000;25(1):37-51.
27. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril* 1992;58(1):144-7.
28. Eugster A, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc Sci Med* 1999;48(5):575-89.
29. Letherby G. Other than mother and mothers as others: the experience of motherhood and non-motherhood in relation to 'infertility' and 'involuntary' childlessness, *Women's Studies International Forum* 1999; 22(3):359-72.
30. Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation

- following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2004;81(5):1254-64.
31. Gibson FL, Ungerer JA, Tennant CC, Saunders DM. Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2000;73(3):565-74.
 32. Wasser SK. Psychosocial stress and infertility: cause or effect? *Human Nature* 1994; 5:206-293.
 33. McEwan KL, Costello CG. and Taylor P J. Adjustment to infertility. *J Abnorm Psychol* 1987; 96:108-116.
 34. Menning BE. `The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare* 1975; 54: 454-460.
 35. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991;14:11-26.
 36. Pasch LA, Dunkel-Schetter C. Fertility problems: Complex issues faced by women and couples. In K. Gallant et al. (Eds.) *Health care for women: Psychological, social and behavioral influences*. Washington, DC: American Psychological Association. 1997;187-201.
 37. Shapiro CH. The impact of infertility on the marital relationship. *Social Casework* 1982; 63:387-393.
 38. Greil AL. Infertile bodies: medicalization, metaphor, and agency. In Inhorn, M.C. and Van Balen, F. (eds) *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies: A View from the Social Sciences*. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.
 39. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* 2010;32(1):140-62.
 40. Throsby K, Gill R. 'It's different for men': masculinity and IVF, *Men and Masculinities* 2004; 6(4):330-48.
 41. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007;13(1):27-36.
 42. Burns LH, Covington SN. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon, 1999.
 43. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Hum Reprod* 2006;21(7):1651-8.
 44. Csemiczky G, Landgren BM, Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(2):113-8.
 45. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry*

2000;48(8):778-90.

46. Selye H. The physiology and Pathology of exposure to stress. A treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. Acta Inc Montreal 1950;203.
47. Berga SL. Functional hypothalamic chronic anovulation. In Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks Z (eds) Reproductive Endocrinology, Surgery and Technology. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996; 1:1061-1076.
48. Stoleru S, Teglas JP, Fermanian J, Spira A. Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. Hum Reprod 1993;8(7):1039-46.
49. Pook M, Krause W. Stress reduction in male infertility patients: a randomized, controlled trial. Fertil Steril 2005;83(1):68-73.
50. Boivin J, Shoog-Svanberg A, Andersson L, Hjelmstedt A, Bergh T, Collins A. Distress level in men undergoing intracytoplasmic sperm injection versus in-vitro fertilization. Hum Reprod 1998 May;13(5):1403-6.
51. Klimek M, Pabian W, Tomaszewska B, Kołodziejczyk J. Levels of plasma ACTH in men from infertile couples. Neuro Endocrinol Lett 2005;26(4):347-50.
52. Collodel G, Moretti E, Fontani V, Rinaldi S, Aravagli L, Saragò G, Capitani S, Anichini C. Effect of emotional stress on sperm quality. Indian J Med Res 2008;128(3):254-61.
53. Gold SM, Zakowski SG, Valdimarsdottir HB, Bovbjerg DH. Stronger endocrine responses after brief psychological stress in women at familial risk of breast cancer. Psychoneuroendocrinology 2003;28(4):584-93.
54. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjørnhøj-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, Rasmussen PE, Nyboe Andersen A. High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. Hum Reprod 2003;18(12):2638-46.
55. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. Hum Reprod Update 2009;15(3):279-95.
56. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med. 2003;57(12):2325-41.
57. De Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. Hum Reprod 2005;20:1324-1332.
58. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey J Psychosom Obstet Gynaecol 2001;22: 133–141.
59. Domar AD, Seibel MM, Benson H. The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. Fertil Steril 1990;53(2):246-9.

60. Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol* 2000;19(6):568-75.
61. Hosaka T, Matsubayashi H, Sugiyama Y, Izumi S, Makino T. Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24(5):353-6.
62. Forsythe CJ, Compas BE. Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: testing the goodness of fit hypothesis. *Cogn Ther Res* 1987;11:473-485.
63. Pengilly JW, Dowd ET. Hardiness and social support as moderators of stress. *J Clin Psychol* 2000;56:813-820.
64. Edelman RJ, Connolly KJ. Psychological state and psychological strain in relation to infertility. *J Comm Applied Social Psychology* 1998; 84:303-11.
65. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985;43(1):48-53.
66. Williams ME. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women, *Psychotherapy in Private Practice* 1997; 16(3): 7-26.
67. Blenner JL. Passage through infertility treatment: a stage theory. *Image J Nurs Sch.* 1990 Fall;22(3):153-8.
68. Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M. *Couple therapy for infertility.* New York: Guilford 1999.
69. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(2):196-205.
70. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004;19(10):2313-8.
71. Baluch B, Nasser M, Aghssa MM. Psychological and social aspects of male infertility in a male dominated society. *J Soc Evol Syst* 1998; 21(1): 113-20.
72. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63(1):126-30.
73. Abbey A. Adjusting to infertility. In Harvey JD. and Miller, E.D. (eds) *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives.* Ann Arbor, MI: Edwards Brothers, 2000.
74. Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Huang K. Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988; 8: 181.
75. Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf* 1987;4(4):232-6.

76. Berg BJ, Wilson JF. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril* 1990;53(4):654-61.
77. Kısaç İ. “Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1997.
78. Facchinetti F, Demyttenaere K, Fioroni L, Neri I, Genazzani AR. Psychosomatic disorders related to gynecology. *Psychother Psychosom* 1992;58(3-4):137-54.
79. Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest* 1997;43(3):171-7.
80. Schmidt P, Wischmann T, Gerhard I. Partnerbeziehung unerfülletem Kinderwunsch. *Z Med Psychol* 1994; 2:64-67 (in German).
81. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *Br J Health Psychol* 2009;14(Pt 1):1-16.
82. Edelman RJ, Connolly KJ. Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Brit J Health Psych* 2000;5: 365-375.
83. Tennen H, Affleck G, Mendola R. Causal explanations for infertility: Their relation to control appraisals and psychological adjustment. In Stanton, AL (ed.), *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*, Plenum Series on Stress and Coping, Plenum Press, New York, 1991.
84. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. Sosyal ilişkilerin, kısır kadın ve erkeklerdeki ciddi depresif semptomların ortaya çıkışı üzerindeki etkisi. *Human Reproduction* 2009;1-11.
85. Ulbrich P M, Coyle AT, Llabre MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *J Sex Marital Ther* 1990; 16:147-158.
86. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* 1992;57(6):1247-53.
87. Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril* 2003;79(4):909-12.
88. Glover L, Gannon K, Abel PD. Eighteen-month follow-up of male subfertility clinic attenders: a comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility. *J Reprod Infant Psychol* 1999;17: 83-87.
89. Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(1):42-8.
90. Edelman RJ, Conolly KJ. The counseling needs of infertile couples. *J Reprod*

Infant Psychol 1987;5:63–70.

91. Pook M, Rohrle B, Tuschen-Caffier B, Krause W. Why do infertile males use psychological couple counselling? *Patient Educ Couns* 2001; 42:239-245.
92. Shaw P, Johnston M, Shaw R. Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVF. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988;9:171–180.
93. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, and J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* 1984; 4: 219-252.
94. Berg CA, Upchurch R. A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychol Bull* 2007;133(6):920-54.
95. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating role of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *J Marriage Fam* 1992; 54:408–417.
96. Abbey A, Halman LJ. The role of perceived control, attributions, and meaning in members' of infertile couples well-being. *J Soc Clin Psychol* 1995; 14(3):271-296.
97. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999;72(1):54-62.
98. Berg BJ, Wilson JF. Patterns of psychological distress in infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16(2):65-78.
99. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process* 2003;42(1):59-70.
100. Husaini BA, Newbrough JR, Neff JA, Moore MC. The stress-buffering role of social support and personal competence among the rural married. *J Community Psychol* 1982; 10(4):409-426.
101. Greil AL, Leitko TA, Porter KL. Infertility: His and hers. *Gender and Society*. 1988;2(2):172-199.
102. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Schulman RS. Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations* 2006;55:227-239.
103. Adler JD, Boxley RL. The psychological reactions to infertility: Sex roles. *Sex Roles* 1985; 12: 271-279.
104. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
105. McQueeney DA, Stanton AL, Sigmon S. Efficacy of emotionfocused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *J Behav Med* 1997;20: 313-331.
106. Levin JB, Sher TG, Theodos V. The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *J Clin Psychol Med Settings*

1997;4:361-372.

107. Endler NS, Parker JDA, Summerfeldt LJ. Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Can J Behav Sci* 1993; 25:384-399.
108. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:343-353.
109. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği *Psikoloji Dergisi* 1988;7 (23):3-13.
110. Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler. Bir başvuru kaynağı.3.Ed. 461-464. Boğaziçi Üniversitesi yayınları, İstanbul, 1997.
111. Özer AK. Sürekli öfke (SL-öfke) ve öfke ifade tarzı (öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:26-35.
112. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221-226.
113. Stanford JB, Parnell TA, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *J Am Board Fam Med* 2008; 21(5):375-84.
114. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992;58(6):1158-63.
115. Lukse MP Vaac N. Grief, depression and coping in woman undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 1999;72(4):623-8.
116. Özkan M, Baysal B, Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2006; 33(1):44-6.
117. Alibaşoğlu H. İnfertilitede Emosyonel Semptomlar, Evlilik Uyumu ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farklılıkları, BRSHH, 1. Psikiyatri kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2010.
118. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychological strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet* 2000;17:444-8.
119. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, southern Iran. *Indian J Med Sci* 2006;60(10):399-406.
120. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24:267-271.
121. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril* 1985; 43(3):335-46.
122. Becker G, Nachtigall RD. Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: the case of infertility. *Soc Sci Med* 1991;32(8):875-85.

123. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, Jafarabadi M. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004;4:9.
124. Algan Ç. Yardımcı Üreme Tekniklerine Başvuran Primer İnfertil Kadınlarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı ve İnfertilitenin Depresyon, Anksiyete, Öfke, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008
125. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989;52(3):425-32.
126. Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in- vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997; 12(1):183-190.
127. Slade P, Raval H, Buck P, Lieberman BE. A 3-year follow-up of emotional, marital, and sexual functioning in couples who were infertile. *J Reprod Infant Psychol* 1992; 10: 233-243.
128. Dhillon R, Cumming CE, Cumming DC. Psychological wellbeing and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril* 2000;74:702-706.
129. Edelman RJ, Connolly KJ, Bartlett H. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *J Psychosom Res* 1994;38(4):355-64.
130. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991;55(1):100-8.
131. Lukse MP. The effect of group counseling on the frequency of grief reported by infertile couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1985;14(6 Suppl):67s-70s.
132. Webb RE, Daniluk JC. The end of the line: infertile men's experiences of being unable to produce a child. *Men Masculinities* 1999; 2(1):6-25.
133. Bunting L, Boivin J. Decision-making about seeking medical advice in an Internet sample of women trying to get pregnant. *Human Reproduction* 2007; 22 (6):1662-8.
134. Greil AL, McQuillan J. Help-seeking patterns among subfecund women. *J Reprod Infant Psychol* 2004; 22(4):305-19.

8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK FORM

Adınız Soyadınız :

Cinsiyetiniz :

Tarih :

Telefon :

Adres :

Yaşı : 1) 18-25 2) 26-35 3) 36-45

Eğitimi : 1) Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Lisan Ve Üstü

Doğum yeri: 1) Kırsal 2) Şehir 3) Büyükşehir

Yaşadığınız yer: 1) Kırsal 2) Şehir 3) Büyükşehir

Aile biçimi: 1) Çekirdek 2) Eşinin Ailesi İle Birlikte Yaşıyor 3) Kendi Ailesi İle Birlikte Yaşıyor

Sosyal durumunuz: 1) Ev Hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf 5) İşsiz 6) Çiftçi 7) Ticaret
8) Emekli

Halen çalışıyor mu? : 1) Evet 2) Hayır (Hiç Çalışmadı) 3) Halen İşsiz 4) İş Arıyor

Gelir durumu: 1) 0-750 TL 2) 7500-1500 3) 1500-2000 4) 2000 TL üstü

Tedavi masraflarını kim karşılıyor?: 1) Kendisi 2) Sosyal Güvencesi
3) Bir Kısım Kendi-Bir Kısım Sosyal Güvence 4) Ailesi Ve Yakınları Destek Oluyor

Kaçıncı evliliği: 1) İlk 2) İkinci 3) Üç Ve Üstü

Evlilik biçimi: 1) Görücü Usulü-İstemedен 2) Görücü Usulü-İsteyerek 3) Tanışarak

Kaç yıldır evli: 1) 1-2 2) 1-5 3) 6-10 4) 11 ve üstü

Menstrasyon rahatsızlığı var mı?(kadınlar için): 1) Yok 2) Fazla Kanama 3) Ağrı

Daha önce ciddi Ürolojik hastalık öyküsü?(erkekler için): 1) Var 2) Yok 3) Hatırlamıyorum

Halen gördüğü psikiyatrik tedavi var mı? 1) Evet 2) Hayır

Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldı mı? 1) Evet 2) Hayır

Psikoaktif madde kullanım öyküsü var mı? 1) Yok 2) Sigara 3) Yatıştırıcılar-Uyku Hapları

4) Ağrı Kesiciler 5) Kafein Ve Türevleri 6) Esrar-Kokain Vs

Kaç yıldır infertil: 1) 1-2 yıl 2) 3-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 ve üstü

İnfertilite sebebi: 1) Primer (Hiç Çocuğu Olmamış..) 2) Sekonder (Daha Önceden Çocuğu Olmuş)

İnfertilite etyolojisi(sebebi) biliniyor mu?: 1) Evet 2) Hayır

Çocuğu: 1) Var 2) Yok

Kaç yıldır infertilite tedavisi görüyor: 1) 1 yıldan az 2) 1-2 yıl 3) 3-5 yıl 4) 6-10 yıl 5) 11 yıl ve üstü

İnfertilite ile ilgili tedavi bilgisi: 1) Var 2) Yetersiz 3) Yok

Eşle infertilite tanısı var mı: 1) Var 2) Yok

Daha önce Tedavi Yöntemi Kullanımı /girişimler yöntemler dışında): : 1) Yok 2) Var

El başka bir tıbbi tanı almış olma: 1) Yok 2) Var (boyun fıtığı,gastrit
ülser,migrenhipotiroidi,hipertiroidi,astma,gastrit+bronşit..)(genel tıbbi durumu bozacak hastalıklar
dışında)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

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

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarılarım olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay karar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.

19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda 5 kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Cinsel konulara ilgimi tamamen kaybettim.

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)
Durumluk Kaygı Puanı :				

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Sürekli Kaygı Puanı :

SPIELBERGER SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

I.Bölüm

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

(1) Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor Hiç.....Tümüyle

- 1.Çabuk parlarım. 1, 2, 3, 4
- 2.Kızgın mizaçlıyım. 1, 2, 3, 4
- 3.Öfkesi burnunda bir insanım. 1, 2, 3, 4
- 4.Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. 1, 2, 3, 4
- 5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır. 1, 2, 3, 4
- 6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim. 1, 2, 3, 4
- 7.Öfkelenince ağızma geleni söylerim. 1, 2, 3, 4
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. 1, 2, 3, 4
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir. 1, 2, 3, 4
- 10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılına dönerim 1, 2, 3, 4

II. Bölüm

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık ve öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin.

(1)Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor

Hiç.....Tümüyle

- 11.Öfkemi kontrol ederim. 1, 2, 3, 4
12. Kızgınlığımı gösteririm. 1, 2, 3, 4
- 13.Öfkemi içime atarım. 1, 2, 3, 4
- 14.Başkalarına karşı sabırlıyım. 1, 2, 3, 4
- 15.Somurtur ya da surat asarım. 1, 2, 3, 4
- 16.İnsanlardan uzak dururum. 1, 2, 3, 4
- 17..Başkalarına iğneli sözler söylerim. 1, 2, 3, 4

18. Soğukkanlılığımı korurum. 1, 2, 3, 4
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. 1, 2, 3, 4
20. İçin için köpürürüm ama göstermem. 1, 2, 3, 4
21. Davranışlarımı kontrol ederim. 1, 2, 3, 4
22. Başkalarıyla tartışırım. 1, 2, 3, 4
23. İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim. 1, 2, 3, 4
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım. 1, 2, 3, 4
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. 1, 2, 3, 4
26. Gizliden gizliye insanları epey eleştiririm. 1, 2, 3, 4
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. 1, 2, 3, 4
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. 1, 2, 3, 4
29. Kötü şeyler söylerim. 1, 2, 3, 4
30. Hoş görülme ve anlayışlı olmaya çalışırım. 1, 2, 3, 4
31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. 1, 2, 3, 4
32. Sinirlerime hakim olamam. 1, 2, 3, 4
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim. 1, 2, 3, 4
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. 1, 2, 3, 4

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Adı, soy adı: Cinsiyeti: Yaşı: Meslek: Tarih:

Biz, kişilerin, hayatlarında stresli olaylar ya da zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleriyle ilgileniyoruz. Stresle başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu ölçek, stresli olayla karşılaştığınız zaman genellikle ne yapar ve hissedersiniz sorusuna yanıt aramaktadır.'Yoğun bir stres altında olduğunuz zaman genellikle ne yaptığınızı düşünün. Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden herbirini numaralandırın. Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün. Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğince sizin için doğru olan yanıtı işaretleyin. Her ölçek maddesini yanıtlayın. Doğru .ve yanlış yanıt yoktur, sizin için en geçerli yanıtı seçin. Başka insanlar ne söyler ve yapar diye düşünmeyin. Stresli olayla karşılaştığınız zaman, genellikle ne yaptığınızı belirtin.

1: Hiçbir zaman yapmam
2: Arada sırada yaparım

3: Orta derecede yaparım.
4: Sıklıkla yaparım.

- 1. Deneyimlerimin sonuçlarına göre kendimi geliştirmeye çalışırım.
- 2. Zihnimi bazı şeylerden uzaklaştırmak için kendimi işe ya da diğer faaliyetlere veririm.
- 3. Üzülürüm ve duygularımı dışa vururum..
- 4. Ne yapılacağı konusunda başkasından öğüt almaya çalışırım.
- 5. Çabalarımı bu konuda birşey yapmak üzerine yoğunlaştırırım.
- 6. Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim.
- 7. Tamamiyle Allah' a güvenirim.
- 8. Duruma güler geçerim.
- 9. Bununla baş edemeyeceğimi kabul ederim ve denemekten vazgeçerim.
- 10. Herhangi bir şeyi çok. hızlı yapmak' konusunda kendimi engellerim.
- 11. Duygularımı başkası ile tartışırım
- 12. Kendimi daha iyi hissetmek için alkol ya da ilaç kullanırım.
- 13. Olayın olduğu fikrine kendimi alıştırırım.
- 14. Durum hakkında daha fazla bilgi edinmek için başkasıyla konuşurum.
- 15. Zihnimi diğer düşünce ya da faaliyetlerin meşgul etmesinden uzak tutarım.
- 16. Bunun dışındaki başka şeyler hakkında hayal kurarım
- 17. Üzülürüm ve olayın tamamen farkında olurum.
- 18. Allah'tan yardım isterim.
- 19. Harekete geçmek için plan yaparım.
- 20. Olay hakkında şakalar yaparım.
- 21. Olayın olduğunu ve artık değiştirilmeyeceğini kabul ederim.
- 22. Koşullar izin verene kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.
- 23. Arkadaşlarımdan ya da akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.
- 24. Hedefime ulaşmaya çalışmaktan vazgeçerim.
- 25. Sorundan kurtulmaya yönelik ek eylemlere girerim.
- 26. Alkol ya da ilaç olarak bir süre için kendimden geçmeye çalışırım.
- 27. Böyle bir şeyin olduğuna inanmayı reddederim.

- () 28. Duygularımı açıkça belli ederim.
- () 29. Olayı daha olumlu görmek için farklı bir açıdan bakarım.
- () 30. Sorun hakkında somut bir şeyler yapabilecek olan biri ile konuşurum.
- () 31. Herzamankinden daha fazla uyurum.
- () 32. Ne yapılması gerektiği hakkında bir strateji geliştirmeye çalışırım.
- () 33. Bu sorunu çözümlenmek üzerine odaklanır ve eğer gerekirse diğer şeyleri biraz geri plana iterim.
- () 34. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım
- () 35. Olayı daha' az düşünmek için alkol ya da ilaç alırım
- () 36. Olayla ilgili şakalar yaparım.
- () 37. İsteddiğimi elde etmek için girişimde bulunmaktan vazgeçerim.
- () 38. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.
- () 39. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.
- () 40. Böyle bir şeyin olmadığını varsayarım.
- () 41. Çok çabuk davranarak olayları daha da kötüleştirmemeye dikkat ederim.
- () 42. Başka şeylerin bu konuyla ilgilenmeme engel olmaması için elimden geleni yaparım.
- () 43. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da televizyon seyredirim.
- () 44. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.
- () 45. Benzer deneyimleri olan kişilere ne yapmış olduklarını sorarım.
- () 46. Çok fazla duygusal sıkıntı hisseder ve kendimi sıkça bunları ifade ederken bulurum.
- () 47. Sorundan kurtulmak için doğrudan girişimde bulunurum.
- () 48. Huzuru dinde bulmaya çalışırım.
- () 49. Birşey yapmak için doğru zamanı beklemeye kendimi zorlarım.
- () 50. Durumla dalga geçerim.
- () 51. Sorunu çözmek için verdiğim çabanın miktarını azaltırım.
- () 52. Kendimi nasıl hissettiğim hakkında başkasıyla konuşurum.
- () 53. Olayı atlattırma yardımcı olması için alkol ya da ilaç kullanırım.
- () 54. Onunla yaşamayı öğrenirim.
- () 55. Olay üzerine yoğunlaşmak için diğer faaliyetleri bir kenara bırakırım.
- () 56. Hangi adımların atılacağı konusunda uzun uzun düşünürüm.
- () 57. Olay hiç olmamış gibi davranırım.
- () 58. Yapılması gereken şeyi her seferde bir adım atacak şekilde yaparım.
- () 59. Deneyimimden birşeyler öğrenirim.
- () 60. Her zamankinden fazla dua ederim.