

Psikiyatrik Birinci Eksen Tanısı Almayan İnfertil Çiftlerde Emosyonel Semptomlar, Sosyal Destek ve Cinsel İşlev Bağlamında Cinsiyet Farkı Var Mı?

Dr. Tunay KARLIDERE¹, Dr. Ali BOZKURT², Dr. Sinan YETKİN³, Dr. Ali DORUK⁴, Dr. Levent SÜTÇİGİL⁵, Dr. Kamil NAHİT ÖZMENLER⁶, Dr. Aytekin ÖZŞAHİN⁷

Özet / Abstract

Amaç: Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerin emosyonel semptom, sosyal destek ve cinsel işlev düzeylerinin cinsiyet farkına göre değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: DSM-IV'e göre psikiyatrik birinci eksen bozukluğu olmayan ve birincil infertil 103 çifte Beck Depresyon Envanteri, Durumluk Kaygı Sürekli Kaygı Envanteri, Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri ile Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) uygulandı.

Bulgular: Ölçeklerin puan ortalamalarına göre örneklemin depresif semptom şiddeti klinik depresyona işaret etmeyecek düzeyde, durumluk kaygısı normal sınırlarda ve sürekli kaygısı yüksekti. Kadınların depresif semptom şiddeti tek başına ya da eşyle birlikte infertilite sebebinde yer alması halinde, sürekli kaygısı tüm gruplarda ve algıladığı aile desteği kendisi ya da eş infertilite sebebi olduğunda erkeklerden daha yüksekti. GRCDÖ'nün alt ölçek puanlarıyla elde edilen cinsel işlev profiline göre grupların tümünde iletişimsizlik ve bedensel temasın erkeklerde, kaçınmanın kadınlarda daha sık tanımlanan cinsel ilişki sorunları olduğu saptandı. Kadın ve erkeğin emosyonel zorlanmasının algıladığı sosyal desteğiyle tersine ve cinsel işlevinin niteliği ile doğrusal ilişkili olduğu bulundu.

Sonuç: İnfertil çiftlerde kadınların sosyal desteğinin ve emosyonel zorlanmasının daha fazla, erkeklerin ise cinsel işlev alanında daha sorunlu olduğu, bunun yanında her iki cinsiyet için de yeterli sosyal desteğin emosyonel semptomları azalttığı anlaşıldı.

Anahtar Sözcükler: infertilite, depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu, sosyal destek

SUMMARY: Is There Gender Difference in Infertile Couples With no Axis One Psychiatric Disorder in Context of Emotional Symptoms, Social Support and Sexual Function?

Objective: It was aimed to evaluate the levels of emotional distress, social support and sexual function of infertile couples with no psychiatric Axis-I disorder according to gender differences.

Method: The study sample of 103 primary infertile couples with no psychiatric Axis-I disorder according to DSM-IV were given Beck Depression Inventory, State and Trait Anxiety Inventory, Inventory of Perceived Social Support and Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS).

Results: The sample's depressive symptom severity did not indicate clinical depression, state anxiety was within normal range, and trait anxiety was high according to the scales. Compared to men, women had more severe depressive symptoms when they were the cause of couple's infertility whether alone or with their husbands, and higher trait anxiety in all infertility groups, and more perceived social support of family whether they or their husbands are the cause of infertility. According to sexual functioning profile obtained by the subscale scores of GRISS, more frequently defined problems of sexual relationship were non-communication and non-sensuality for men and avoidance for women in all infertility groups. The emotional distress of woman and man were correlated negatively with their perceived social support and positively with their sexual functioning.

Conclusion: It was concluded that women had more social support and emotional distress and men had more problems of sexual function, however, satisfactory social support might decrease the emotional symptoms of both genders.

Key Words: Infertility, depression, anxiety, sexual dysfunction, social support

¹Yrd. Doç., ²Doç., ³Yrd. Doç., ⁴Yrd. Doç., ⁵Yrd. Doç., ⁶Doç., ⁷Prof., Gülhane Askeri Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.
Dr. Tunay Karlidere, e-posta: tunaykar@gata.edu.tr

GİRİŞ

Herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın en az bir yıllık süre içerisinde çiftin düzenli cinsel ilişkisine rağmen kadının gebe kalamaması şeklinde tanımlanan infertilite, bireye özel ve sonuçları belirsiz bir durum olması nedeniyle stresör ve yaşam krizi olarak ifade edilmektedir (Newton ve ark. 1999). Eşler infertiliteye farklı tepkiler gösterebilmekte (Greil 1997) ve bu tepki infertilite nedeninin eşin hangisi olduğuna bağlı olarak da değişebilmektedir (Mahlstedt 1985). Bir taraftan infertilitenin kendisi, diğer taraftan üreme yardımı için uygulanan tetkik ve tedavi yaklaşımları, bireyin ve çiftin başa çıkma becerilerini ve sosyal destek kaynaklarını zorlayıp, fiziksel ve emosyonel enerjisini tüketerek (Boivin ve ark. 1999) cinsel işlev bozukluğu, depresyon, kaygı ve çiftin ilişkisinde bozulmaya neden olmaktadır (Wright ve ark. 1991, Hammarberg ve ark. 2001, Ramezanzadeh ve ark. 2006).

İnfertilitenin hem cinsel işlev hem de emosyonel durum ile ilişkisi iki yönlü gibi görünmektedir. Cinsel işlev bozuklukları bir taraftan infertil çiftlerin küçük bir bölümünde kadın ve erkek infertilitesinin asıl sebepleri olabilirken (Boivin ve ark. 2001) diğer taraftan ve büyük oranda infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Ramezanzadeh ve ark. 2006). Kaygı ve depresif semptomlar için de benzer durum söz konusu olup bu emosyonel sorunlar infertilitenin sebebi (Saleh ve ark. 2003) ya da sonucu olabilmektedir (Greil 1997). Ayrıca emosyonel durumun gebelik oluşumuna etkisi bulunmadığını belirten araştırmaların (Milad ve ark. 1998, Anderheim ve ark. 2005) aksine kadınların tedavi başlangıcındaki yüksek kaygı düzeyi ve depresif semptom şiddetinin gebelik şansını azaltabildiğini gösteren sonuçlar bulunmaktadır (Smeenck ve ark. 2001, Gülseren ve ark. 2006). Bu nedenle üreme merkezlerine başvuru sırasında sorunu olanlara tedavi ve destek verilmesinin gebelik şansını arttırılabileceği ileri sürülmektedir (Slade ve ark. 1997).

İnfertil çiftlerin uzman yardımı almak yerine öncelikle aile ve arkadaşlarının sosyal desteğini aradıklarına dikkat çekilerek (Boivin ve ark. 1999) sosyal desteğin stresöre karşı tampon etkisi yapabileceği ileri sürülmektedir (Helgeson 2003). Bununla birlikte, infertil çiftlerin sosyal destekleri, bu desteğin cinsiyetler arasındaki farklılıkları ve emosyonel zorlanmaya olan etkisi konusundaki veriler çelişkilidir. Sosyal desteğin infertilitenin emosyonel zorlanmasını azaltabileceği (Boivin ve ark. 1999), ek zorlanmaya neden olabileceği (Wilson ve Kopitzke 2002)

ya da ters bir etkiyle kaygıyı ve depresif semptomları arttırabileceği (Mindes ve ark. 2003) tanımlanmaktadır.

Ülkemizde yapılan ve infertilitenin emosyonel yönünü araştıran kısıtlı sayıdaki çalışmalardan birisinde üreme yardımı öncesi uygulamalar hakkında bilgilendirilen ve bilgilendirilmeyen infertil çiftlerin emosyonel semptomlarının farkı değerlendirilirken (Terzioğlu 2001), diğerlerinde (Güz ve ark. 2003, Gülseren ve ark. 2006, Özkan ve Baysal 2006). İnfertil kadınların kaygı ve depresyon düzeyleri sağlıklı kadınlarla karşılaştırılmış, fakat erkekler çalışmaya alınmamıştır. Bu araştırmalarda infertil çiftlerin sosyal desteğine, bu desteğin emosyonel etkileriyle cinsiyet farkına ve infertil kadınların cinsel yaşamlarının sorgulandığı bir çalışma dışında (Özkan ve Baysal 2006) çiftin cinsel işlevsellğine ait verilere rastlanmamıştır. Ülkemizin alandaki veri yetersizliği göz önünde tutularak; bu çalışma, üreme yardımı için başvuran infertil çiftlerde, infertiliteden kaynaklanacak emosyonel ve cinsel işlev alanındaki olası sorunları cinsiyet farkına göre belirlemek ve gerekenleri psikiyatrik destek programına almak üzere planlanmıştır. Psikiyatrik birinci eksen bozukluğu olmayan, evli ve birincil infertil çiftlerde kadınların erkeklere göre sosyal desteklerinin yetersiz, emosyonel zorlanmalarının daha fazla ve cinsel işlevlerinin daha sorunlu olduğunu varsayarak kadın ve erkeğin başvuru sırasındaki depresif semptom şiddetleri, kaygı ve sosyal destek düzeyleri ile cinsel işlevlerinin niteliği araştırılmıştır.

YÖNTEM

Örneklem ve uygulama

İnfertiliteden kaynaklanabilecek emosyonel zorlanmanın ve cinsel işlev alanındaki sorunların cinsiyet farkına göre araştırılabilmesi ve bağdaşık bir grup oluşturulabilmesi için işleme/dışlama ölçütleri kullanılmıştır. Gülhane Tıp Fakültesi Üreme Sağlığı Merkezine yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olabilmek üzere aradışık olarak başvuran, önceden gebe kalmamış (nulligravida) kadın ve biyolojik çocuğu olmamış erkekten oluşan 250 çift çalışmaya katılmaları için davet edilmiştir. Daveti kabul edenlerden a) birincil infertilite tanısı alan, b) in-vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), zigot intrafallopiyan transfer (ZIFT), gamet intrafallopiyan transfer (GIFT) gibi girişimsel tedavi adayları, c) eğitim düzeyi 11 yılın üzerinde olan, d) infertilite dışında genel tıbbi bozukluk ya da hastalığı olmayan, e) halen ve daha önce psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan ve/veya tedavi öyküsü bulunmayan ve f) evli (ilgili yasa nedeniyle) çiftler çalışmaya alınmıştır.

TABLO 1. Infertilite Sebebine Göre Gruplarda Yaş Ortalamaları ve Ölçek Sonuçları.

	Sebebi bilinmeyen infertilite grubu n= 22 çift		Erkek nedenli infertilite grubu n= 35 çift		Kadın nedenli infertilite grubu n= 24 çift		Her iki nedenli infertilite grubu n= 22 çift		p ^δ
	Ort.±SS	p*	Ort.±SS	p [†]	Ort.±SS	p*	Ort.±SS	p*	
Yaş									
Kadın	33,2±3,2	0,020	28,1±4,5	0,001	31,9±5,4	0,036	30,8±3,5	0,001	0,000
Erkek	36,4±5,3		32,4±4,9		36,1±5,9		35,4±4,5		0,007
BDE									
Kadın	6,9±4,4	0,795	7,1±4,7	0,728	11,8±5,6	0,003	8,9±5,9	0,047	0,006
Erkek	6,2±4,5		7,3±6,3		7,1±4,7		5,9±3,9		0,837
STAI-D									
Kadın	37,0±7,6	0,389	37,3±10,9	0,552	38,3±7,0	0,414	34,5±9,2	0,655	0,559
Erkek	38,4±6,5		35,8±6,8		36,6±6,2		33,4±6,1		0,073
STAI-S									
Kadın	45,0±4,8	0,032	48,1±6,8	0,001	47,8±5,9	0,014	47,1±6,6	0,019	0,452
Erkek	42,2±4,2		42,7±6,1		43,1±5,9		42,8±5,8		0,889
AAiD									
Kadın	26,6±3,7	0,125	26,4±6,3	0,012	26,5±3,8	0,003	24,4±5,3	0,104	0,257
Erkek	24,8±3,8		23,1±6,4		22,3±4,9		20,9±7,5		0,382
AArD									
Kadın	29,5±6,7	0,199	30,8±6,5	0,132	30,4±5,0	0,126	28,6±7,4	0,151	0,657
Erkek	27,5±4,5		27,1±9,5		27,1±6,3		25,3±7,2		0,759
GRCDÖ									
Kadın	29,6±12,6	0,541	24,6±11,5	0,621	26,2±12,2	0,885	28,4±16,1	0,888	0,550
Erkek	27,8±11,2		24,8±8,1		24,9±7,5		24,5±7,6		0,881

Ort.= Ortalama, SS= Standart Sapma, STAI-D= Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-S= Sürekli Kaygı Ölçeği, BDE= Beck Depresyon Envanteri, AAiD= Algılanan Aile Desteği Ölçeği, AArD= Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği, GRCDÖ= Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği.

* Mann-Whitney U testi ile cinsiyetlerin grup içi karşılaştırmaları.

† Student-t testi ile cinsiyetlerin grup içi karşılaştırmaları.

δ Kruskal-Wallis testi ile cinsiyetlerin gruplar arası karşılaştırmaları.

Çalışma başlangıcında eğitim düzeyi işleme/dışlama ölçütü olarak belirlenmesi de ortalama 11 yılın altında eğitim almış bireylerin derecelendirme ölçeklerini amaca uygun yanıtlandıramadıkları ve görüşmecilerden yardım aldıkları anlaşılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları dikkate alındığında, öz bildirime dayalı derecelendirme araçlarının yardımıyla yanıtlanması yönlendirilmiş ve yanıltıcı sonuçlar verebileceği değerlendirilerek işleme ölçütlerine eğitim düzeyinin 11 yılın üzerinde olması eklenmiştir. Bu düzenlemeye kadar veri elde edilen çiftler, sonuçlarının hatalı olabileceği gerekçesiyle çalışma dışı bırakılmıştır. İkincil infertil çiftlerde önceden çocuğunun olması emosyonel zorlanmaya karşı koruyucu olabileceği (Epstein ve Rosenberg 2005) için bu çiftler dışlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden çiftler mevcut ya da önceki psikiyatrik birinci eksen tanıları yönünden DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) ölçütlerine göre First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen,

Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan SCID-I kullanılarak yazar grubundaki bir psikiyatri uzmanı (TK) tarafından değerlendirilmiştir. Yapılandırılmış bir tanı koyma aracı olması nedeniyle benzer çalışmalarda da tercih edilmiş olmakla birlikte, SCID-I tanılarının güvenilirliği, bu tanılara kör üç psikiyatri uzmanı (AÖ, AB ve KNÖ) tarafından hem usule uygun psikiyatrik görüşme ile hem de bireylerin tıbbi kayıtları incelenerek teyit edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 220 çiftin 85'i (%38,63) DSM-IV psikiyatrik birinci eksen tanısı almıştır. Psikiyatrik bozukluklar erkeklere (n=33, %38,82) karşılık kadınlarda (n=72, %84,71) daha yüksek oranda saptanmıştır. En sık, uyum bozukluğu (n= 33, %38,82), genelleşmiş anksiyete bozukluğu (n=21, %24,71) ve Majör Depresif Bozukluk (MDB) (n=9, %10,59) tanılarına rastlanılmıştır. Diğer tanımlar ise distimi (n=5, %5,21), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) (n=3, %3,13),

TABLO 2. İnfertilite Sebebine Göre Gruplarda GRCDÖ'ne Göre Cinsel İşlevin Ortak Alt Boyutları.

		Sebebi bilinmeyen infertilite grubu n= 22 çift		Erkek nedenli infertilite grubu n= 35 çift		Kadın nedenli infertilite grubu n= 24 çift		Her iki nedenli infertilite grubu n= 22 çift			
Alt boyutlar		n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*	p†	
Sıklık	Kadın	Var	5 (22,7)	0,349	10 (28,6)	0,289	10 (41,7)	0,009	9 (40,9)	0,377	0,120
		Yok	17 (77,3)		25 (71,4)		14 (58,3)		13 (59,1)		
	Erkek	Var	3 (13,6)		7 (20,0)		2 (8,3)		7 (31,8)		0,277
		Yok	19 (86,4)		28 (80,0)		22 (91,7)		15 (68,2)		
İletişim	Kadın	Var	10 (45,5)	0,001	8 (22,9)	0,001	8 (33,3)	0,001	5 (22,7)	0,001	0,234
		Yok	12 (54,5)		27 (77,1)		16 (66,7)		17 (77,3)		
	Erkek	Var	20 (90,9)		31 (88,6)		20 (83,3)		20 (90,9)		0,852
		Yok	2 (9,1)		4 (11,4)		4 (16,7)		2 (9,1)		
Doyum	Kadın	Var	5 (22,7)	0,206	2 (5,7)	0,693	2 (8,3)	0,245	5 (22,7)	0,206	0,136
		Yok	17 (77,3)		33 (94,3)		22 (91,7)		17 (77,3)		
	Erkek	Var	2 (9,1)		2 (5,7)		0 (0,0)		2 (9,1)		0,505
		Yok	20 (90,9)		33 (94,3)		24 (100,0)		20 (90,9)		
Kaçınma	Kadın	Var	8 (36,4)	0,034	12 (34,3)	0,009	9 (37,5)	0,047	8 (36,4)	0,034	0,995
		Yok	14 (63,6)		23 (65,7)		15 (62,5)		14 (63,6)		
	Erkek	Var	2 (9,1)		3 (8,6)		3 (12,5)		2 (9,1)		0,963
		Yok	20 (90,9)		32 (91,4)		21 (87,5)		20 (90,9)		
Dokunma	Kadın	Var	9 (40,9)	0,000	7 (20,0)	0,000	6 (25,0)	0,000	4 (18,2)	0,000	0,267
		Yok	13 (59,1)		28 (80,0)		18 (75,0)		18 (81,8)		
	Erkek	Var	22 (100,0)		34 (97,1)		24 (100,0)		22 (100,0)		0,580
		Yok	0 (0,0)		1 (2,9)		0 (0,0)		0 (0,0)		

Var= Bu alt boyutta sorun yaşayanlar Yok= Bu alt boyutta sorun yaşamayanlar.
İstatistikler X² sonuçlarıdır.

* Cinsiyetlerin grup içi karşılaştırmaları.

† Cinsiyetlerin gruplar arası karşılaştırmaları.

Panik Bozukluk (PB) (n=3, %3,13), OKB+MDB (n=2, %2,08), PB+MDB (n=3, %3,13), bipolar-I bozukluk (n=2, %2,08), sosyal fobi (n=2, %2,08), psikotik bozukluk (n=1, %1,04) ve anoreksiya nervroza (n=1, %1,04) olmuştur. Gülhane Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Kurulu tarafından onaylanan bu çalışmaya veri toplama belgesinde belirtildiği şekilde onam veren ve işleme ölçütlerini karşılayan 103 çift kabul edilmiş, 147 çift ise dışlanmış ya da çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen 30 çiftin 25'i (%83,33) birden

çok gerekçe belirtmiştir. Buna göre; takiplere katılmak üzere şehir dışından üreme merkezine ulaşımın güç olduğunu tanımlayanlar (n=27), tetkikler nedeniyle gereğinden fazla özel yaşam paylaşımı olduğu için ek paylaşım istemeyenler (n=18), psikiyatrik yardımı işe yaramaz (n=12) ve gereksiz (n=10) bulanlar ile sebep belirtmeyenler (n=5) çalışmaya katılmamıştır. Girişimsel olmayan ovulasyon indüksiyonu yöntemi ile gebelik oluşabileceği saptanan (n=28), düşük ve/veya küretaj ile sonuçlanan gebelik öyküsü bulunan (n=11), önceki eşinden canlı çocuk sahibi olan (n=5), tanı

TABLO 3. infertilite Sebebine Göre Gruplarda Ölçeklerin Birbiriyle Korelasyonları.

ÖLÇEKLER	Sebebi bilinmeyen infertilite grubu n= 22 çift		Erkek nedenli infertilite grubu n= 35 çift		Kadın nedenli infertilite grubu n= 24 çift		Her iki nedenli infertilite grubu n= 22 çift	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
AAiD-BDE	-0,099	-0,256	-0,248	-0,423*	-0,677**	-0,185	-0,007	-0,033
AAiD-STAI-D	-0,045	0,205	-0,122	-0,294	-0,484*	-0,241	0,055	0,030
AAiD-STAI-S	0,180	-0,069	-0,132	-0,614**	-0,339	0,022	0,146	-0,207
AArD-BDE	0,162	-0,116	-0,304	-0,522*	-0,409*	-0,225	-0,492*	-0,339
AArD-STAI-D	-0,090	0,063	-0,248	-0,354*	-0,148	-0,236	-0,347	-0,572**
AArD-STAI-S	0,043	0,026	-0,271	-0,371*	-0,346	-0,176	-0,216	-0,638**
GRCDÖ-BDE	0,074	0,381	0,481**	0,603**	0,429*	0,460*	0,174	0,636**
GRCDÖ-STAI-D	-0,397	0,381	0,420*	0,217	0,347	0,337	0,477*	0,399
GRCDÖ-STAI-S	0,075	0,195	0,431*	0,509**	0,226	0,428*	0,229	0,747**

Tabloda Pearson iki yönlü korelasyonun "r" değerleri verilmiştir.

*p<0,05, **p<0,01

STAI-D= Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-S= Sürekli Kaygı Ölçeği, BDE= Beck Depresyon Envanteri.

AAiD= Algılanan Aile Desteği Ölçeği, AArD= Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği, GRCDÖ= Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği.

konulmuş ve takibe alınmış genel tıbbi sorunu (hipertansiyon, diyabet, böbrek yetmezliği, vb) bulunan (n=32), eğitim düzeyi 11 yılın altında olan (n=16) ve önceden/halen psikiyatrik birinci eksen tanı ve tedavi öyküsü bulunan (n=25) toplam 117 çift çalışma dışı bırakılmıştır.

Böylece 103 çiftten oluşan örneklem infertilite sebebine göre a) Sebebi bilinmeyen infertilite (SBI) grubu: Kadın ve/veya erkekte infertiliteye neden olacak sorunu bulunamayan 22 çift (%21,4), b) Erkek nedenli infertilite (ENİ) grubu: Kadına ait sorunu olmayan ancak erkekleri infertil olan 35 çift (%33,9), c) Kadın nedenli infertilite (KNİ) grubu: Erkeğe ait sorunu olmayan ancak kadınları infertil olan 24 çift (%23,3) ve d) Her iki nedenli infertilite (HİNİ) grubu: Hem kadına hem de erkeğe ait sorun bulunan 22 çift (%21,4) olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Uygulanacak tedavi yöntemi (IVF/ICSI/ZIFT/GIFT) konusunda infertilite konseyinde karar verilen çiftlere henüz seçilen tedavi yöntemi uygulamaya geçilmeden kadın ve erkeğe farklı ortamlarda eş zamanlı olarak sosyodemografik bilgi sorgulaması için veri toplama belgesi ile bunun ardından ölçeğe araçları Golombok ve Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Prociano ve Heller'in Algılanan Aile Desteği (AAiD) ve Algılanan Arkadaş Desteği (AArD), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Spielberger Durumluk (STAI-D) ve Sürekli Kaygı (STAI-S) Ölçeği sırasıyla uygulanmıştır. Her ölçeğin ilk sayfasında aracın maddelerinden önce ismi ve kullanım yönergesi yer almıştır.

Ölçeğe araçları

Emosyonel durumun, cinsel işlev ve sosyal desteğin derecelendirmesinde öz bildirimine dayalı BDE, STAI-D, STAI-S, GRCDÖ, AAiD ve AArD ölçekleri kullanılmıştır.

İnfertil çiftlerde infertilitenin getirdiği emosyonel yük, mevcut yayınlarda yaygın olarak anksiyete ve depresif semptomlar bağlamında çalışılmıştır. Bu nedenle, her iki semptom kümesini ölçmede benzer yayınlarda tercih edilen BDE ile STAI-D/S kullanılmıştır. Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirdiği BDE'de toplam 0-63 arasında puan alınabilmekte ve 10 puanın altındaki sonuçlar depresif semptomun olmadığı, üzerindeki sonuçlar ise değişen şiddette depresif semptom olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışmada kullanılan şeklinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Öner ve LeCompte (1985) tarafından yapılmış olan Spielberger'in (1970) Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ise 40 sorudan oluşmaktadır. İlk 20 soru bireyin belirli bir andaki kaygısı olan durumluk kaygısı, ikinci 20 soru ise bireyin genel kaygı eğilimini tanımlayan sürekli kaygıyı sorgulamaktadır. Toplam puanlar her iki bölümde de 42'nin altında ise normal, üzerinde ise yüksek kaygıyı ifade etmektedir. İnfertil bireyin yardım için başvuru anındaki kaygı düzeyinin STAI-D, infertilitenin uzunlamasına zorlayıcı etkisinin ve bireyin kaygıya yatkınlığının ise STAI-S ile kontrol edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada infertil çiftin cinsel işlevselliğinin sıklığı, sağladığı doyum, eşler arasındaki ilişki gibi değişik boyutlarının değerlendirilmesi amacıyla, heteroseksüel eşler için cinsel ilişkinin niteliği ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere Rust ve Golombok tarafından (1986) geliştirilen GRCDÖ kullanılmıştır. Bu ölçeğin kadın ve erkek için 28'er maddelik ayrı formları bulunmaktadır. Ölçekten genel cinsel işlevsellik puanının yanı sıra, kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı kaçınma, doyumsuzluk (doyum), bedensel temas (dokunma), cinsel ilişki sıklığı (sıklık) ve cinsel iletişimsizliği (iletişim) değerlendiren ortak alt ölçekler ile erkekler için empotans ve erken boşalma, kadınlar için ise anorgazmi ve vajinismus özgül alt ölçekleri de elde edilebilmektedir. İnfertil çiftlerin kadın ve erkeklerinin karşılaştırılması amaçlanarak ayrıca sağlıklı kontrol grubu alınmadığından karşılaştırma olanağı bulunmadığı için cinsiyetlere özgül alt ölçekler çalışmada kullanılmamıştır. Genel cinsel işlevselliğin değerlendirmesinde yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Ham puanlar 1 ile 9 arasında standart puanlara dönüştürülebilmekte, 5 ve üzerindeki puanlar cinsel soruna işaret etmektedir. Çalışmada kullanılan GRCDÖ'nin geçerlik ve güvenilirliği Tuğrul ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır.

İnfertil çiftlerin emosyonel zorlanmalarına tampon etkisi yapabilecek sosyal desteklerinin düzeyi ile bu düzeylerin kadın ve erkek arasındaki farkını belirlemek üzere Procidano ve Heller'in (1983) geliştirdiği Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) kullanılmıştır. ASDÖ, 20'şer soruluk iki bölümden oluşmakta, ilk 20 soru algılanan aile desteğini (AAiD), sonraki 20 soru algılanan arkadaş desteğini (AARd) ifade etmektedir. Bölümlerin ikisinin de kesme noktası olmayıp yüksek puanlar sosyal desteğin yüksekliğini göstermektedir. Her iki form Türk örnekleme Sorias (1989) tarafından uyarlanmıştır.

İstatistiksel çözümleme

Frekans analizinin ardından; grup içi karşılaştırmalarda ölçümle elde edilen verilerden normal dağılıma uyanlar için student t-testi ve uymayanlar için Mann-Whitney U testi, gruplar arası karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmaları χ^2 testi ile yapılmış, korelasyonların saptanmasında kategorik değişkenler için Spearman, sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testleri uygulanmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler sayı (%) olarak gösterilmiştir. Tüm çözümlemelerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version 11.0 programı kullanılarak önemliliklerde $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya kabul edilen toplam 103 çiftin (103 kadın ve 103 erkek) verileri değerlendirildiğinde kadın ve erkeklerin tamamının ev dışında çalışmakta olduğu ve aylık ortalama 2.000 YTL hane geliri ile orta-üst düzey gelir grubunda yer aldığı (TUİK 2005) anlaşılmıştır. Doksan iki çift (%89,32) çalışmanın yapıldığı merkezin bulunduğu şehirde yaşadığını, 11 çift (%10,68) ise takiplerine yakın ilçelerden aynı gün içinde katılacağını belirtmiştir. Meslek dağılımında kadınların %86,41'inin (n=89) ve erkeklerin %80,58'inin (n=83) kamu görevlisi olduğu, 8 (%7,77) kadına karşılık 12 (%11,65) erkeğin kamu dışında yönetici olarak çalıştığı, 6 (%5,83) kadın ve 8 (%7,77) erkeğin serbest ticaret ile yaşamını sağladığı saptanmıştır. Çiftlerin çoğunluğu (n=97, %94,17) sadece eşlerden oluşan çekirdek ailede, serbest ticaretle yaşamını sağlayan 6 (%5,83) çift ise ebeveynlerin de bulunduğu geniş ailede yaşadığını tanımlamıştır. Yüz yüze görüşmede elde edilen verilere göre eğitim düzeyi 11 yılın altında olan 16 çiftte kadınlardan 8'inin (%3,63) okuyup yazabildiği ancak okula gitmediği, 3'ünün (%1,36) 5 yıl ve 5'inin (%2,27) 8 yıl eğitim aldığı, erkeklerin tamamı okula gitse de 10'unun (%4,54) 5 yıllık eğitimi tamamlamadığı, 4'ünün (%1,81) 8 yıl ve 2'sinin (%0,90) 10 yıl eğitim aldığı saptanmıştır.

İnfertilite süresinin ENİ grubunda en kısa (2-19, ortalama $6,9\pm4,1$ yıl) ve KNİ grubunda en uzun (3-25, ortalama $10,2\pm5,4$ yıl) olduğu ($p=0,002$) belirlenmiş, bu süreler SBİ grubunda 2-19 (ortalama $9,8\pm5,3$) yıl ve HİNİ grubunda 3-19 (ortalama $8,2\pm3,6$) yıl olmuştur. Örneklemin yaş, BDE, STAI-D, STAI-S, AAiD, AARd ve toplam GRCDÖ puanları ile grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 1'de, GRCDÖ'nin alt boyut sonuçları Tablo 2'de verilmiştir. Grupların tümünde kadınların erkeklerden, gruplar arasında ise erkek nedenli infertilite grubunun hem kadınlarının hem de erkeklerinin diğer gruplardan daha genç olduğu anlaşılmıştır.

Depresif semptom şiddetinin grupların tümünde klinik depresyona işaret etmediği ve ENİ dışındaki grupların tamamında kadınlarda erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılıklar istatistiksel yönden SBİ grubunda ve ENİ grubunda anlam taşımazken, KNİ ve HİNİ gruplarında anlamlı olmuştur (sırasıyla $p<0,01$ ve $p<0,05$). Erkeklerin depresif semptom şiddeti gruplar arasında benzer ($p>0,05$), kadınların ise farklı bulunmuştur ($p<0,01$). Buna göre kadınların depresif semptomları çiftin infertilite sebebi belli olmadığında en az, tek başına kendileri infertilite nedeni olduklarında en fazla olmuştur (Tablo 1).

Durumluk kaygı düzeyleri grupların tamamında her iki cinsiyette normal sınırlarda, grup içi ve gruplar arası benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Sürekli kaygı düzeyi tüm grupların hem kadın hem de erkeklerinde yüksek ve kadınlarda anlamlı olarak daha fazla bulunurken gerek kadınlarda gerekse erkeklerde gruplar arası farklılık saptanmamıştır (Tablo 1). Algılanan aile desteği grup içinde ENİ ve KNİ gruplarında kadınlarda erkeklerden anlamlı şekilde yüksek (her ikisinde de $p<0,01$), gruplar arasında ise benzer ($p>0,05$) bulunurken, algılanan arkadaş desteği gerek grup içinde gerekse gruplar arasında benzer olmuştur ($p>0,05$) (Tablo 1).

Genel cinsel işlevselliği gösteren toplam puanlar tüm gruplarda grup içinde ve gruplar arasında benzer ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 1). Bunun yanında dönüştürülmüş puanlara göre sorunu olanlarla olmayanların sayısal karşılaştırmasında cinsel işlevin ortak alt boyutlarının doyum dışında tamamında grup içi farklılıklar bulunduğu; ancak, tüm alt boyutların gruplar arasında benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Buna göre, cinsel ilişki sıklığı sadece KNİ grubunun kadınlarında eşlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık rastlanan ($p<0,01$) sorun olmuştur. Eşler arasındaki iletişimsizlik ise tüm gruplarda erkekler için kadınlara göre daha sık rastlanan sorun olmuştur (tamamında $p<0,01$). Cinsel ilişkideki doyumsuzluk (doyum) tüm gruplarda gerek kadınlar gerekse erkekler tarafından en az sorun tanımlanan alan olup grup içi fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsel ilişkiden kaçınma kadınlar için ve bedensel temas (dokunma) erkekler için tüm gruplarda eşlerine göre anlamlı olarak daha sık yakınılan alanlar olmuştur (Tablo 2).

Ölçme araçlarının iki yönlü korelasyonu

Algılanan sosyal desteğin ve cinsel işlevin depresif semptomlar ve kaygı düzeyleri ile ilişkileri Tablo 3'te verilmiştir. Cinsel işlevin alt boyutları her birinde yer alan olgu sayısının kimi zaman 2'ye kadar düşmesi nedeniyle korelasyon analizine alınmamış, bunun yerine genel cinsel işlevselliğe ait toplam puanların ilişkisi araştırılmıştır.

SBİ grubunda kadınların ve erkeklerin emosyonel durumlarının algıladıkları sosyal desteğin her iki boyutu ve cinsel işlevleri ile ilişkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 3). ENİ grubunda kadınların emosyonel semptomları algıladıkları sosyal destekle (aile ve arkadaş) ilişkili bulunamazken cinsel işlevleri ile doğrusal ilişkili bulunmuştur (Tablo 3). Buna göre, infertil çiftte kadın infertil değilse depresif semptom şiddeti ve her iki kaygı düzeyi algıladığı sosyal desteğin (aile ve arkadaş) düzeyi ile değişmemiş; ancak, cinsel işlev alanındaki sorunlar emosyonel

semptom şiddeti ile paralellik göstermiştir. Erkeklerde ise emosyonel semptomların algılanan sosyal destekleriyle tersine, cinsel işlevleri ile doğrusal ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Çiftin infertilitesinde erkek tek başına sorumlu olduğunda cinsel işlev alanındaki sorunlar emosyonel semptom şiddeti ile paralellik gösterirken algılanan sosyal desteğin artması emosyonel sorunlarını azaltmıştır.

KNİ grubunda kadınların emosyonel semptomları algılanan sosyal destekleriyle tersine, cinsel işlevleri ile doğrusal ilişkili bulunmuştur (Tablo 3). Çiftin infertilitesinde kadın tek başına sorumlu olduğunda cinsel işlev alanındaki sorunlar emosyonel semptom şiddeti ile paralellik gösterirken algılanan sosyal desteğin artması emosyonel sorunlarını azaltmıştır. Bunun yanında erkeklerin emosyonel semptomları algıladıkları sosyal destekle (aile ve arkadaş) ilişkili bulunamazken cinsel işlevleri ile doğrusal ilişkili bulunmuştur (Tablo 3). Buna göre infertil çiftte erkek infertil olmadığında depresif semptom şiddetinin ve her iki kaygı düzeyinin algıladığı sosyal desteğin (aile ve arkadaş) düzeyi ile değişmediği, ancak cinsel işlev alanındaki sorunlarının emosyonel semptom şiddeti ile paralellik gösterdiği anlaşılmıştır.

HİNİ grubunda ise hem kadınların hem de erkeklerin emosyonel semptomları algılanan sosyal destekleriyle tersine, cinsel işlevleri ile doğrusal ilişkili bulunmuştur (Tablo 3). Buna göre çiftin her ikisinin de infertil olması halinde emosyonel semptomları algıladıkları sosyal desteklerinin artması halinde azalırken, cinsel işlev sorunları emosyonel sorunları doğrultusunda azalmış ya da artmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmada psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan ve infertilite dışında genel sağlık sorunu bulunmayan 103 infertil çiftin kadınlarının ve erkeklerinin depresif semptom şiddetinin klinik depresyona işaret etmeyecek düzeyde, durumluk kaygılarının normal ve sürekli kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla beraber; çiftin infertilitesinde kadınlar doğrudan sorumluysa (tek başına ya da eşi ile birlikte) depresif semptom şiddetleri erkeklerden yüksek olmuş, erkeklerde ise bu durumun tek başına infertilite nedeni olduklarında bile geçerli olmadığı görülmüştür. Keza, gruplar arası karşılaştırmada kadınların tek başına infertilite nedeni olmaları halinde depresif semptomlarının daha fazla olduğu saptanmış, ancak erkeklerin depresif semptom şiddetleri infertilite sebebine göre farklı bulunmamıştır. Durumluk kaygı düzeyi tüm gruplarda kadın ve erkeklerde benzer, sürekli

kaygı düzeyi ise kadınlarda yüksek bulunmuştur. Bunun yanında her iki kaygı düzeyinin gruplar arası karşılaştırmalarda hem kadınlarda hem de erkeklerde infertilite sebebine göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır. Her ne kadar durumluk kaygı düzeyi her iki cinsiyette normal ve benzer olsa da, depresif semptom şiddetlerinin ve sürekli kaygı düzeylerinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunması “infertil kadınların emosyonel zorlanması ve eşlerinden fazla olduğu” varsayımımızı doğrulamıştır.

Önceki çalışmalarda infertil çiftlerin depresif semptom şiddeti sonuçlarımızla uyumlu olarak normal sınırlarda (Slade ve ark. 1997, Terzioğlu 2001) ya da farklı şekilde yüksek olarak tanımlanmıştır (Beutel ve ark. 1999, Fassino ve ark. 2002). Bulgularımız infertil çiftlerde kadınların depresif skorlarının erkeklerden yüksek olduğunu belirten çalışmaları (Collins ve ark. 1992, Slade ve ark. 1997, Newton ve ark. 1999) desteklemiştir. Ayrıca, kadının depresif semptomlarının “erkek nedenli” infertilitede daha düşük (Khademi ve ark. 2005), “kadın nedenli” (Kowalczyk ve ark. 2001, Güz ve ark. 2003) ve “her iki nedenli” infertilitede (Khademi ve ark. 2005) daha yüksek olduğunu belirten çalışmalarla da uyumlu bulunmuştur. Buna karşın, kadınların emosyonel cevabında infertilite sebebine göre fark olmadığını ileri süren Nachtigall ve arkadaşlarının (1992) çalışması ile çelişmiştir.

İnfertil çiftlerin durumluk kaygı düzeylerini bulgularımızla benzer şekilde normal sınırlarda değerlendiren çalışmaların (Terzioğlu 2001, Emery ve ark. 2003) aksine yüksek olduğunu ileri süren çalışmalar (Slade ve ark. 1997, Newton ve ark. 1999) olmuştur. Durumluk kaygı düzeyini farklı bulan bu çalışmalar, aynı zamanda infertil kadın ve erkeklerin sürekli kaygı düzeylerinin de yüksek ve kadınların infertilite nedeninden bağımsız olarak erkeklerden daha kaygılı olduğunu belirterek (Slade ve ark. 1997, Newton ve ark. 1999) sonuçlarımızı desteklemiştir. Farklı kaygı ölçeği kullanılan araştırmalarda da infertil çiftlerde kadınlar erkeklerden daha kaygılı bulunmuştur (Wright ve ark. 1991, Fassino ve ark. 2002).

Çalışma gruplarının tamamında depresif semptom düzeylerinin düşük bulunmasının birinci eksen tanılarının dışlanması kaynaklandığı açıktır. Ancak durumluk kaygı düzeyinin normal bulunması ölçeğin uygulama zamanıyla ilişkili olabilir. Bireyin belirli bir zamandaki kaygısını tanımlaması nedeniyle çalışmalarda durumluk kaygı düzeylerine ait çelişkili sonuçlar bulunması başvuru anında, tedavi uygulaması sırasında, oosit toplama aşamasında, embriyo transferi öncesi ya da sonrasında olmak üzere ölçeğin uygulama zamanının farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca, tedavi uygulamaları konusundaki emos-

yonel hazırlığı bireyin kaygı düzeyini etkileyebilir (Emery ve ark. 2003). Bununla birlikte sürekli kaygı düzeyi bireyin, sonucu belirsiz ve yorucu bir yol olan infertilite ve tedavi uygulamalarının kronik stresine emosyonel tepkisi olarak yüksek olabileceği gibi (Mahlstedt 1985) bir çeşit baş etme yöntemi olarak duyarsızlaşabilmesi nedeniyle normal de olabilir (Kee ve ark. 2000). Toplumun yüklediği annelik/gebelik şeklindeki sosyal rol kadının infertiliteyi tehdit olarak algılamasına ve daha kaygılı olmasına neden olabileceği (Mahlstedt 1985, Mindes ve ark. 2003, Güz ve ark. 2003) gibi, kadınlar olumsuz tepki verirken erkekler inkar ve unutmayı seçebilirler (Wright ve ark. 1991). Kadınların doğrudan infertilite sebebi olmaları halinde daha belirgin olmak üzere depresif semptomlarının ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olması bu bakış açısıyla açıklanabilir. Diğer taraftan infertilitede ölüm ya da boşanmada olduğu gibi elle tutulur-gözle görülür bir kayıp bulunmasa da paradoksal bir şekilde asla olamayacak bir çocuğun özlemi duyulurken hiç bir zaman olmamış bir çocuğun da yası tutulur (Mahlstedt 1985). Bu nedenle çalışma gruplarımızda, psikiyatrik tanı alacak düzeyde olmasa da, depresif semptomların saptanması ve sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması infertiliteye özgü bir yas sürecini akla getirmektedir.

Kullanılan ölçeğin kesme noktası olmadığından örneklemede algılanan sosyal destek puan ortalamalarını yüksek ya da düşük şeklinde tanımlamak mümkün değildir. Ancak kadınların algıladığı aile desteği erkek nedenli ve kadın nedenli infertilite gruplarında erkeklerden yüksek bulunmuştur. Algılanan aile desteğinin gruplar arasında ve arkadaş desteğinin gerek grup içi gerekse gruplar arasında benzer olduğu saptanmıştır. Bu veriler kadınların sosyal desteğinin erkeklere göre yetersiz olduğu yönündeki varsayımımızı doğrulamasa da kadınların algıladığı aile desteğinin erkeklerden daha yüksek, arkadaş desteklerinin ise benzer olduğunu belirten Soria'sın (1989) sonuçları ile örtüşmüştür. Ancak, infertil çiftlerde kadınların sosyal desteğinin fazla olduğunu belirten çalışmaların (Collins ve ark. 1992, Beutel ve ark. 1999, Salvatore ve ark. 2001) yanında erkeklerin sosyal desteğinin fazla olduğunu gösteren (Newton ve ark. 1999, Anderson ve ark. 2003) araştırmalar da mevcuttur.

Stresöre karşı tampon etkisi yaptığı belirtilen sosyal desteğin (Helgeson 2003) infertil bireylerin depresif semptom şiddeti ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İnfertilite sebebi belli olmadığında ve eşlerin her ikisi de infertil olduğunda algılanan sosyal desteğin bireylerin emosyonel semptomları ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Ancak; kadın nedenli infertilitede kadınların ve erkek nedenli inferti-

litede erkeklerin hem depresif semptom şiddetleri hem de kaygı düzeyleri algıladıkları sosyal destek ile tersine ilişkili bulunmuştur. Buna göre, kadın veya erkeğin tek başına çiftin infertilitesinin nedeni olması halinde sosyal desteğinin artmasıyla emosyonel semptomları azalmıştır. Her iki cinsiyet için bunun tersi de doğru olup sosyal desteğin azalması emosyonel semptomları artırmıştır. Bu konuyla ilgili önceki araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çiftlerin uzman yardımı almak yerine öncelikle aile ve arkadaşlarının desteğini aradıklarına dikkat çekilerek sosyal desteğin infertilitenin emosyonel zorlanmasını azaltabileceği (Boivin ve ark. 1999) ya da tersine artırabileceği belirtilmektedir (Wilson ve Kopitzke 2002, Mindes ve ark. 2003). Diğer taraftan yeterli sosyal desteği olan infertil bireylerin durumu olduğundan daha az sorunlu algıladıkları, fakat, zaman içerisinde algılanan destek çözüm sağlayıcı olmaktan uzak kalırsa zorlanmalarının artacağı ileri sürülmektedir (Abbey ve ark. 1992).

Kadınların hem algıladığı sosyal desteğin, hem de emosyonel zorlanmasının erkeklerden fazla olmasının nedenleri değişiktir. Olası tehdit değerlendirmesinde sosyal desteğin ulaşılabilirliğinin kadınlar için erkeklerle göre daha önemli olduğu (Abbey ve ark. 1992) söylenebileceği gibi, kadınların stres verici bir durumda sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaları sonucu sorunlarını başkalarına açma ve yardım isteme konusunda erkeklere kıyasla daha rahat davrandıkları düşünülebilir (Sorias 1989). Ancak, sosyal çevrenin infertil kadınla ilişkisi olumlu (Guerra ve ark. 1998) olabileceği gibi isteksiz (Sandelowski ve Jones 1986) ve olumsuz da olabilir (Güz ve ark. 2003). Hatta, kadının yeterli olduğunu tanımladığı sosyal desteği, aynı zamanda emosyonel zorlanmasına da yol açabilir (Wilson ve Kopitzke 2002). Erkeklerin ise sorunlarını tek başına çözümlemeleri beklendiğinden sosyal destek kaynaklarını daha az kullandıkları (Sorias 1989) ya da hissettiklerini yeterince açmayıp baş etme mekanizmalarını yeterli kullanmadıkları (Kowalcek ve ark. 2001) akla gelebilir. Erkekler sosyal kabullerini artırmak ya da tedavi seçeneklerinden uzak kalmamak için emosyonel sorunlarını saklama eğiliminde de olabilirler. Bu durumda, baskıladıkları kaygılarının psikosomatik sorunlar için risk oluşturabileceği belirtilmektedir (Demyttenaere ve ark. 1998). Bu bağlamda örneklemimizdeki infertil kadınların sorunları paylaşmaya hazır olmalarına karşın erkeklerin isteksiz oldukları, sorunlarını paylaşan kadın ve erkeklerin algıladıkları sosyal desteklerinin depresif semptom şiddetleri ile kaygı düzeylerini azalttığı anlaşılmaktadır.

İnfertil çiftin değerlendirilmesinde emosyonel durumlarının ve ilişki dinamiklerinin yanında cinsel yaşamları da araştırılmalıdır (Boivin ve ark. 2001). Bu yönüyle baktığımızda, çalışma gruplarımızda kadın ve erkeklerde cinsel işlevselliğin genel değerlendirmesi grup içi ve gruplar arasında, cinsel işlevin ortak alt boyutları ise gruplar arasında benzer bulunmuştur. Ancak, tüm gruplarda cinsel iletişimsizlik ve bedensel temas erkekler için daha sık sorun tanımlanan alanlar olurken daha fazla kadın kaçınma davranışı göstermiştir. Ayrıca, kadın nedenli infertilite grubunda cinsel ilişki sıklığı ve her iki nedenli infertilite grubunda cinsel ilişkiden sağlanan doyum kadınların daha fazla sorun yaşadığı alt boyutlar olmuştur. Kadın ve erkeklerin cinsel işlevselliğin genel değerlendirme puanlarının benzer, bunun yanında alt boyutlarda erkeklerin sorunlarının daha fazla olması nedeniyle "cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda daha fazla olduğu" yönündeki varsayımımız doğrulanmamıştır.

Çalışma gruplarında, özgül bir tanı almamış olsalar da kullanılan ölçeğe göre bireylerin cinsel işlevin değişik alt boyutlarında sorunları olduğu anlaşılmıştır. Cinsel işlev bozuklukları doğrudan infertilite sebebi olabilmesi (Boivin ve ark. 2001) nedeniyle jinekolojik ve ürolojik muayeneler sırasında araştırılmasına karşın, bu yönde bilgi elde edilememiştir. Bu konuyla ilgili olarak, cinsel işlev bozukluğu ve infertilite sorunlarını bir arada yaşayan çiftlerin infertiliteyi sosyal kabulü daha kolay bir durum olarak görmeleri sonucu cinsel işlev bozukluğu tanısı almak yerine infertil tanısı almayı tercih ettikleri ve böylece kaçınma-kaçınma çatışmasını geçici olarak çözebildikleri ileri sürülmüştür (Nene ve ark. 2005). Diğer taraftan, infertilite tanısı konulana kadar cinsel işlev bozukluğu olmayan erkeklerde, infertilite tanısından sonra değişik cinsel işlev bozuklukları geliştiği gösterilmiştir (Saleh ve ark. 2003, Jannini ve ark. 2004). İnfertilite stresinin çekirdeğinde duran cinsel sorunların kadın ve erkekte depresyon riskini arttırabileceği (Newton ve ark. 1999, Peterson ve ark. 2003), ayrıca infertilite ve tedavi uygulamaları sırasında gelişen depresyon ve anksiyeteye bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkabileceği (Ramezanzadeh ve ark. 2006) belirtilmiştir. Bu amaçla yaptığımız korelasyon analizinde sadece çiftin infertilitesinin sebebi belli olmaması halinde kadın ve erkeğin cinsel işlevselliğinin emosyonel semptomları ile ilişkisi bulunmamıştır. Bunun yanında, çiftten herhangi birisinin tek başına ya da ikisinin birlikte infertilite nedeni olması halinde gerek kadınların gerekse erkeklerin cinsel işlevselliği ile depresif semptom şiddeti ve kaygı düzeyleri arasında önemli doğrusal ilişki bulunmuştur. Buna göre kadın ve erkeğin gerek tek başına, gerekse beraberce

çiftin infertilite sebebi olmaları durumunda emosyonel sorunlarının artmasıyla birlikte cinsel işlevselliklerinin de bozulduğu saptanmıştır.

İnfertil çiftlerin cinsel işlevini değerlendirmede GRCDÖ kullanılan benzer bir çalışmada, genel cinsel işlevsellik toplam puanlarında sonuçlarımızla uyumlu olarak kadın ve erkek arasında fark bulunmamış; ancak, bulgularımıza zıt şekilde ortak alt boyutların tamamında kadınların daha fazla sorun tanımladıkları belirtilmiştir (Slade ve ark. 1997). Farklı ölçme yöntemi kullanılan araştırmalardan birinde erkeklerde (Monga ve ark. 2004), diğerinde kadınlarda (Newton ve ark. 1999) daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu gösterilmiştir. İnfertilite sebebinin cinsel doyum ile ilişkisinin olmadığı (Ramezanzadeh ve ark. 2006) ileri sürülse de erkek infertilitesinin gerek kadının gerekse erkeğin cinsel işlevlerini daha fazla bozduğu (Newton ve ark. 1999) ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada infertilite nedeni belli olmadığında kadınlar ve erkekler arasında fark olmadığı, kadın nedenli ve her iki nedenli gruplarda kadınların cinsel doyumunun daha az olduğu gösterilmiştir (Lee ve ark. 2001).

Kullanılan ölçme yöntemi ve örneklem özelliğine göre değişiklikler olabilirse de infertil çiftlerin cinsel işlevselliklerinin emosyonel durum ile paralel olarak bozulduğu anlaşılmaktadır. Kadınlığın annelik ve erkekliğin üretkenlik ile eşdeğer olduğu toplumlarda infertilite bireyin cinsel kimliği için bir risk oluşturabilmektedir (Mahlstedt 1985). Toplumun çocuksuz kadını ötelemesi (Wright ve ark. 1989) ve eşinin erkekliğini sorgulaması (Mahlstedt 1985) emosyonel sorunlara, çiftin ilişkisinde bozulmaya ve sonuçta cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir (Nene ve ark. 2005). Üreme için kadının ovulatuvar döngü takvimine bağlı bir cinsel ilişki tarzı erkeğin güç kaybı endişesi ile birleştiğinde cinselliğin spontanlığı ortadan kalkarak cinsel işlev bozukluğu gelişebilir (Newton ve ark. 1999, Monga ve ark. 2004). Takvimli cinsel ilişki ve hatta cinsel ilişki eyleminin kendisi, gebe kalma amacına yönelik olmaları nedeniyle çifte infertil olduklarını hatırlatarak cinsel sorunlara yol açabilir (Boivin ve ark. 2001).

Çalışmaya katılmayı kabul eden 220 çiftte psikiyatrik birinci eksen tanıların gerek toplam oranı (%38,63), gerekse tanı dağılımında uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve mizaç bozukluklarının daha yaygın olduğu yönündeki bulgularımız önceki yayınlarla (Guerra ve ark. 1998, Chen ve ark. 2004) benzer bulunmuştur. Ancak, çalışma amacına uygun olmadığından diğer işleme ölçütlerini karşılamayan çiftlerin yanında bu tanıları alanlar

da çalışma dışı bırakılmıştır. Bununla birlikte, DSM-IV psikiyatrik birinci eksen tanısı alan infertil çiftlerin çalışma dışı bırakılması örneklemin emosyonel zorlanması nitelik ve niceliğini yeterince temsil edemeyeceği için çalışmanın kısıtlılığı ve yanlılık olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan psikiyatrik bozukluğu olmayan infertil çiftlerin emosyonel tepkilerini araştırmak adına bu kısıtlılık, örneklemin bağdaşık olmasını da sağlamış olabilir. Kontrol grubunun alınmaması çalışmanın diğer kısıtlılığı olabilirse de emosyonel zorlanmada ve cinsel işlevsellik sorunlarında infertil çiftin kadın ve erkeğinin birbirlerine göre farklılıklarının araştırılması amaçlandığından iki cinsiyetin karşılıklı kontrol gruplarını oluşturduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi 11 yılın altında olan bireylerin çalışma dışı tutulması evreni yansıtmaması nedeniyle bir başka yanlılık ve/veya kısıtlılık olabilir. Ancak, çalışmada kullanılan BDE'nin geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından 11 yılın üzerinde eğitimi bulunan üniversite öğrencilerinde, STAI-D/S'nin ise test-tekrar test güvenilirliği iki farklı üniversite öğrenci grubunda (Aydemir ve Köroğlu 2000) yapıldığı anlaşılmaktadır. Bu verilerin, çalışma sırasında 11 yılın altında eğitimi olan bireylerin ölçme araçlarını yardımıyla yanıtlatabildikleri yönündeki gözlemlerle örtüştüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonucunda; infertil çiftlerde kadınların sosyal kabulünün fazla olmasına karşın depresif semptom şiddeti ve kaygı düzeyi bağlamında emosyonel zorlanmasının belirgin olduğu, erkeklerin sosyal kabulünün yetersizliği yanında cinsel işlev alanında daha fazla sorunları bulunduğu anlaşılmaktadır. Her ne kadar bağdaşık ve özgün bir örneklemin sonuçlarıyla genelleme yapılamayacak olsa da, infertilite ve tedavi yaklaşımlarının neden olacağı emosyonel ve cinsel yaşama ait olası sorun alanları, bu alanlardaki cinsiyet farklılıkları ve bu sorunların tanı koyma ve tedavi sürecinin değişik aşamalarında ortaya çıkabileceği konularında çifte bilgi verilmesinin ve sorun saptandığında destek olunmasının önemi açıktır. Ayrıca, kaygı ve depresyon düzeyi yüksek olanlarda gebelik oranının da düştüğünü belirten araştırmaları dikkate alacak olursak, bu sorunu olan hastaları önceden belirleyerek gerekli yardımın yapılması gebelik oranlarını artırabilir, tedavi maliyetini azaltabilir (Mahlstedt 1985, Slade ve ark. 1997, Boivin ve ark. 2001). Bunun yanında, infertilitenin doğrudan nedeni olabilecek bir cinsel işlev bozukluğu saptandığında çiftin bunu öğrenmesi ve üreme yardımı almak yerine cinsel işlev bozukluğunun tedavisinin yapılması akla yakın durmaktadır. Fakat, çiftin bu tedaviyi red ederek yardımcı üreme tekniklerinden mutlaka yararlanmak istemesi durumunda seçilecek yöntem tıbbi ve etik yönden tartışmalı olacaktır (Boivin ve

ark. 2001). Bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde bu alandaki çalışma sayısı yok denecek kadar az olduğundan, üreme yardımı arayan infertil çiftlere gereken psikiyatrik yardımın zamanında verilebilmesinde bulgularımızın önemli

olacağını düşünüyor ve farklı disiplinlerin işbirliğini gerektiren infertilite çalışmalarında psikiyatri uzmanlarının çiftlerin değerlendirmesine doğrudan katılımının sağlanmasını öneriyoruz.

KAYNAKLAR

Abbey A, Halman LJ, Andrews FM (1992) Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*, 57(1):122-8.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Anderheim L, Holter H, Bergh C ve ark. (2005) Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod*, 20(10):2969-75.

Anderson KM, Sharpe M, Rattray A ve ark. (2003) Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*, 54(4):353-5.

Aydemir Ö, Köroğlu E (Ed) (2000) Psikiyatriye kullanılan klinik ölçekler. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 158.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.

Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P ve ark. (1999) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31(1):27-35.

Boivin J, Appleton TC, Baetens P ve ark. (2001) Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod*, 16(6):1301-4.

Boivin J, Scanlan LC, Walker SM (1999) Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod*, 14(5): 1384-91.

Chen TH, Chang SP, Tsai CF ve ark. (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*, 19(10):2313-8.

Collins A, Freeman EW, Boxer AS ve ark. (1992) Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 57(2):350-6.

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(4):33-36.

Demyttenaere K, Bonte L, Gheldof M ve ark. (1998) Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 69(6):1026-33.

Emery M, Beran MD, Darwiche J ve ark. (2003) Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod*, 18(12): 2647-53.

Epstein YM, Rosenberg HS (2005) Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertil Steril*, 83(6):1882-4.

Fassino S, Piero A, Boggio S ve ark. (2002) Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod*, 17(11): 2986-94.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington DC, American Psychiatry Press.

Greil AL (1997) Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*, 45(11): 1679-704.

Guerra D, Llobera A, Veiga A ve ark. (1998) Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod*, 13(6):1733-36.

Gülseren I, Çetinay P, Tokathoğlu B ve ark. (2006) Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*, 51(5): 421-6.

Güz H, Özkan A, Sarısoy G ve ark. (2003) Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24(4): 267-71.

Hammarberg K, Astbury J, Baker H (2001) Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod*, 16(2):374-83.

Helgeson VS (2003) Social support and quality of life. *Qual Life Res*, 12 (Suppl. 1):25-31.

Hisli, N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.

Jannini EA, Lombardo F, Salacone P ve ark. (2004) Treatment of sexual dysfunctions secondary to male infertility with sildenafil citrate. *Fertil Steril*, 81(3):705-7.

Kee BS, Jung BJ, Lee SH (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet*. Sep, 17(8):445-8.

Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M ve ark. (2005) Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry*, 24:5:25 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/25> adresinden indirildi.

Kowalec I, Wihstutz N, Buhrow G ve ark. (2001) Coping with male infertility: gender differences. *Arch Gynecol Obstet*, 265(3): 131-6.

Lee TY, Sun GH, Chao SC (2001) The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*, 16(8):1762-7.

Mahlstedt PP (1985) The psychological component of infertility. *Fertil Steril*, 43(3):335-46.

Milad MP, Klock SC, Moses S ve ark. (1998) Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Hum Reprod*, 13(8):2296-300.

Mindes EJ, Ingram KM, Klier W ve ark. (2003) Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med*, 56(10):2165-80.

Monga M, Alexandrescu B, Katz SE ve ark. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1): 126-30.

Nachtigall RD, Becker G, Wozny M (1992) The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril*, 57(1):113-21.

Nene UA, Coyaji K, Apte H (2005) Infertility: a label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. *Patient Educ Couns*, 59(3):234-8.

Newton CR, Sherrard W, Glavac I (1999) The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*, 72(1):54-62.

Öner N, Le Compte A (1985) Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul-Türkiye.

Özkan M, Baysal B (2006) Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33(1):44-6.

Peterson BD, Newton CR, Rosen KH (2003) Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process*, 42(1):59-70.

- Procidano ME, Heller K (1983) Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol*, 11(1):1-24.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M ve ark. (2006) Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*, 85(1):139-43.
- Rust J, Golombok S (1986) The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*, 15(2): 157-65.
- Saleh RA, Ranga GM, Raina R ve ark. (2003) Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril*, 79(4):909-12.
- Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A ve ark. (2001) Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertil Steril*, 75(6):1119-25.
- Sandelowski M, Jones LC (1986) Social exchanges of infertile women. *Issues Ment Health Nurs*, 8(3):173-189.
- Slade P, Emery J, Lieberman BA (1997) A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in- vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*, 12(1):183-190.
- Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A ve ark. (2001) The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod*, 16(7):1420-1423.
- Sorias O (1989) Sosyal desteğin değerlendirilmesi-II: Toplumdan seçilmiş bir örnekleme, sosyal ağı yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji*, 6/7: 27-40.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Pres, California-USA.
- Terzioğlu F (2001) Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(3):133-41.
- Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E (1993) Golombok-Rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 4(2): 83-88.
- TÜİK (Türkiye İstatistik kurumu) (2005) Hane halkı yaşam koşulları. <http://tuik.gov.tr/Veribilgi.do> adresinden indirildi.
- Wilson JF, Kopitzke EJ (2002) Stress and infertility. *Curr Womens Health Rep*, 2(3): 194-199.
- Wright J, Allard M, Lecours A ve ark. (1989) Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *Int J Fertil*, 34(2):126-42.
- Wright J, Duchesne C, Sabourin S ve ark. (1991) Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril*, 55(1):100-108.